

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie a sociologie

Diplomová práce

Srovnání některých přístupů v léčbě závislostí

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Autor Práce: Daniel Jambrikovič

Studijní obor: Pastoračně -sociální asistent

Ročník: 6. ročník, kombinovaná forma studia

2007

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Daniel Jambrikovič

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Janu Polivkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH:

ÚVOD	7
1 DROGY A JEJICH MÍSTO V DĚJINÁCH	9
1.1 Psychedelika v pravěku.....	9
1.2 Opium a konopí ve starověku.....	11
1.3 Halucinogeny.....	13
1.4 Záhadný Haom.....	14
1.5 Ďáblové byliny.....	15
2 PROCES VZNIKU ZÁVISLOSTI	16
2.1 Problém závislosti.....	16
2.2 Definice závislosti.....	17
2.3 Vývojová stadia závislosti.....	19
2.4 Neurobiologie závislostí.....	19
2.4.1 Neurobiologické a neurobiochemické mechanismy účinků drog.....	20
2.5 Psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti.....	20
2.6 Vztah vzniku závislosti a vývoje jedince.....	21
3 MODEL Y ZÁVISLOSTI	23
3.1 Biomedicínský model závislosti.....	23
3.2 Bio-psycho-sociální model závislosti.....	23
3.3 Holistický nebo-li celostní model závislosti.....	24
3.4 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	24
4 LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	25
4.1 Různé přístupy v léčbě drogových závislostí.....	25
4.2 Jednotlivé složky systému péče o drogově závislé.....	27
4.3 Diferencovaná péče o drogově závislé.....	28
5 PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	30
5.1 Psychoterapie jako obor.....	30
5.2 Psychoterapeutický přístup v léčbě závislostí.....	30
5.3 Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí.....	32
5.4 Individuální terapie u závislých.....	33
5.5 Skupinová terapie u závislých.....	35
6 BEHAVIORÁLNÍ A KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	38
6.1 Základní vymezení behaviorální terapie.....	38
6.2 Behaviorální terapie v léčbě závislostí.....	40
6.3 Základní procesy v behaviorální terapii závislostí.....	41
6.3.1 Klasické podmiňování.....	42
6.3.2 Operantní podmiňování.....	42
6.3.3 Učení nápodobou.....	43
6.4 Kognitivně-behaviorální alternativa.....	44
6.4.1 Hlavní rysy kognitivně-behaviorální alternativy.....	44
6.4.2 Kognitivní změna chování-teorie sociálního učení v léčbě závislostí.....	45
6.4.3 Jiné kognitivní teorie v léčbě závislostí.....	46
6.5 Specifické kognitivní a kognitivně-behaviorální techniky v léčbě závislostí.....	46

6.6	Struktura kognitivní a kognitivně -behaviorální intervence v léčbě závislostí.....	47
6.7	Výhody a nevýhody behaviorálních a kognitivně behaviorálních přístupů.....	48
7	SPIRITUÁLNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	49
7.1	Spiritualita a závislost.....	49
7.2	Spiritualita v léčbě návykových nemocí.....	51
7.3	Spiritualita lidí s návykovými nemocemi.....	52
7.4	Hnutí anonymních alkoholiků.....	52
7.4.1	Dvanáct kroků a dvanáct tradic Anonymních alkoholiků.....	53
7.4.2	Léčba závislostí pomocí dvanácti kroků Anonymních alkoholiků.....	55
8	HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	56
8.1	Historie metody holotropního dýchání.....	56
8.2	Struktura metody holotropního dýchání.....	57
8.3	Coex systémy a dynamika perinatálních matric.....	59
8.4	Holotropní stavy a drogová závislost.....	62
9	SROVNÁNÁNÍ KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍHO, SPIRITUÁLNÍHO PŘÍSTUPU A METODY HOL. DÝCHÁNÍ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	63
9.1	Východiska průzkumu.....	63
9.2	Předmět průzkumu.....	65
9.3	Cíle průzkumu.....	66
9.4	Cílová skupina, velikost a struktura zkoumané jednotky.....	67
9.5	Stanovení základních předpokladů průzkumu.....	68
9.6	Metodika průzkumu, sledované body a způsob vyhodnocení.....	68
9.6.1	Metodika.....	68
9.6.2	Sledované body.....	69
9.6.3	Způsob vyhodnocení.....	70
10	PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR.....	70
10.1	Základní údaje o PL Červený Dvůr.....	70
10.2	Systém léčby v PL Červený Dvůr.....	71
10.2.1	Bodovací systém.....	72
10.2.2	Systém odměňování.....	72
10.2.3	Psychoterapie v PL Červený Dvůr.....	72
11	KAZUISTIKY A PŘEPISY STRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ S KLIENTY PL. ČERVENÝ DVŮR.....	74
11.1	Kazuistika a rozhovor číslo 1.....	74
11.2	Kazuistika a rozhovor číslo 2.....	77
11.3	Kazuistika a rozhovor číslo 3.....	79
12	TEEN CHALLENGE- TERAPEUTICKÁ KOMUNITA POŠTOVICE.....	82
12.1	Teen Challenge.....	82
12.2	Terapeutická komunita-Poštovice.....	83
12.3	Denní program v TK Poštovice.....	84
13	KAZUISTIKY A PŘEPISY STRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ S KLIENTY TK- POŠTOVICE.....	85
13.1	Kazuistika a rozhovor číslo 4.....	85
13.2	Kazuistika a rozhovor číslo 5.....	88

14	SOUKROMÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ CENTRUM ATELIER II	92
15	KAZUISTIKY A PŘEPISY STRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ S KLIENTY SOUKR. PSYCHOTERAPEUTICKÉHO CENTRA ATELIER II.....	93
15.1	Kazuistika a rozhovor číslo 6.....	93
15.2	Kazuistika a rozhovor číslo 7.....	96
16	ANALÝZA ZÍSKANÝCH FAKTŮ.....	99
16.1	Vyhodnocení sledovaných bodů.....	99
16.2	Ověření základních předpokladů průzkumu.....	102
17	ZÁVĚR.....	103
	Seznam použitých zdrojů (literatury).....	108
	Abstrakt.....	110

ÚVOD

Podle některých současných odhadů a průzkumů zabývajících se problematikou závislostí na návykových látkách trpí některou formou závislosti v současné české společnosti zhruba pět procent lidí. Drtivou většinu z tohoto stavu pak tvoří drogová závislost na návykových látkách a alkoholu. Závislost a závislostní chování se tak stává významným problémem naší společnosti.

Jako pracovník pracující v programech specifické primární prevence mám možnost se sám přesvědčit, že problém užívání drog a závislostního chování se týká čím dál mladších jedinců, a to i přes značnou prevenci v této oblasti. Při závislostním chování hrají roli četné faktory, které není vždy možné přesně identifikovat. Řešení tohoto problému a úspěšnost léčby drogových závislostí se tak stává nanejvýš aktuální otázkou.

Ve své práci zabývajícím se srovnáním některých přístupů v léčbě závislostí se snažím porovnat konkrétní přístupy, které se tímto problémem v rámci léčby zabývají profesionálně. Jako sociální pracovník se dostávám do kontaktu s jedinci, kteří prošli některým typem léčby, ale po určité době opět zrecidivují a problém se rozjíždí znovu a naplno. Myslím proto, že pro určitou úspěšnost při řešení problému závislosti je třeba začít řešit tento problém v jeho podstatě, a z tohoto poznání v léčbě vycházet.

Má práce srovnává tři přístupy zabývajícím se léčbou drogové závislosti na návykových látkách a alkoholu, a to přístupu kognitivně-behaviorálního, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání. Všechny tři přístupy mají svá specifika a jejich pohled na problém drogové závislosti se liší v rozdílném chápání příčiny i způsobu jeho řešení.

Práce se skládá ze dvou částí: první teoretická část začíná krátkým pohledem do dějin užívání drog a omamných látek a místu, které tyto látky vždy zaujímaly. Další kapitoly se zabývají procesem vzniku závislosti, modely závislosti, léčbou závislostí u nás a úlohou psychoterapie v léčbě závislostí. Dále jsou zde popsány všechny tři výše uvedené přístupy, jejich metody práce a předpoklady, na kterých jsou založeny. V této části práce jsem čerpal z dostupné literatury zabývajícím se léčbou a problémem drogových závislostí.

V druhé praktické části se věnuji přiblížení vybraných pracovišť, které jsou spojeny s konkrétním přístupem. U kognitivně-behaviorálního přístupu je to Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, u spirituálního přístupu terapeutická komunita Poštovice mezinárodní křesťanské organizace Teen Challenge a u metody holotropního dýchání soukromé psychoterapeutické centrum Atelier II doktora Kudrleho v Plzni.

V této části jsou také uveřejněné strukturované rozhovory s klienty všech tří přístupů, kteří prošli jedním z těchto typů léčby. Při srovnání těchto tří přístupů v léčbě závislostí používám strukturovaného rozhovoru zaměřeného na klientovu změnu a sleduji předem stanovené body.

V závěru práce jsem se pokusil o vyhodnocení těchto tří přístupů a srovnání jejich přínosů, výhod, nebo naopak nevýhod při léčbě závislostí. Pokusil jsem se také navrhnout určitý společný přístup, který by tyto tři přístupy kombinoval a byl tak jakýmsi kompromisním přístupem v léčbě závislostí.

1. DROGY A JEJICH MÍSTO V DĚJINÁCH

Obecná potřeba lidí osvobodit se od svazujících možností pozemského bytí bývá ukojena zážitky s pozměněnými stavy vědomí. To, že každou noc máme sny, ať už si je pamatujeme nebo nikoli, svědčí o přirozených předpokladech k těmto pozměněným stavům. Avšak lidé je také vyhledávali a vyhledávají i mnohem aktivnějšími způsoby. Někteří se v úsilí o dosažení duchovní dokonalosti ubírají cestou meditace, kdežto jiní jsou vynášeni do vyšších sfér prostřednictvím extatických stavů vyvolaných uměním, hudbou, sexem, nebo omamnými látkami.¹

1.1 Psychedelika v pravěku

Pravěcí lidé a národy, které nazýváme primitivními, kdysi označované za nižší rasy, patřili v teoriích devatenáctého století k opovrhovaným kulturám doby kamenné vyloučeným ze salonu civilizace. Právě v prehistorickém období bychom ale mohli najít klíč k vnitřnímu životu národů doby kamenné a k úloze, kterou v něm mohly sehrát omamné látky.²

Dochované zlomky této kultury, tradice a zejména jeskynní malby, vydávají však svědectví o kvetoucím uměleckém dědictví oné doby. Zajímavé z pohledu výzkumu užívání omamných látek v této době, jsou zejména různé geometrické znaky. Tmavé, vlhké a nehostinné jeskyně nebyly, jak známo, obecně využívány jako obydlí, ale právě rozsah tohoto umění nabízí vysvětlení, že mohly být posvátnými místy určenými snad pro různé iniciační a věštecké obřady prováděné historickými šamany. Účel těchto velkolepých svatyní je dnes stejně tak nejasný, jako hieroglyfický jazyk oněch podivných znaků doprovázejících vyobrazení zvířat.³

David Lewis –Williams se ve snaze vysvětlit tato znamení ponořil pod hladinu metody porovnávání kultur až na úroveň činnosti lidské nervové soustavy, o které se domnívá, že dala vznik těmto zobrazením. Svě vysvětlení nastínil v článku uveřejněném v roce 1988, jehož spoluautorem byl Thomas Dowson, spolupracovník z Oddělení pro výzkum skalního umění při univerzitě ve Witwatersrandu v Jižní Africe.

¹ Srov. RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN, s.r.o., 1993. s. 5. IBSN- 80 7106-118-2

² Srov. tamtéž str.14

³ Srov. tamtéž str.17

Autoři začínají následující poznámkou:

Za určitých okolností vytváří zraková soustava světelné vjemy, které jsou nezávislé na vnějším zdroji světla, protože vznikají v lidské nervové soustavě a všichni lidé, kteří vstupují do určitých pozměněných stavů vědomí, je bez ohledu na své kulturní zázemí pravděpodobně vnímají. Tyto geometrické zrakové vjemy mohou být vyvolány různorodými prostředky. V laboratorních podmínkách jsou vyvolávány stimulací elektrickým proudem a blikavým světlem, a ačkoliv je možné, že mihotavé světlo ohňů mohlo v minulosti sehrát svoji úlohu, je jasné, že vysvětlení pravěkých zkušeností musíme hledat jinde. Psychoaktivní látky vytvářejí tyto vjemy, ale vyčerpání, otupení smyslů, hluboké soustředění, hučení v uších, migréna, schizofrenie, hluboké dýchání a rytmické pohyby jsou dalšími příčinami.⁴

Tyto zrakové vjemy jsou někdy nazývány fosfény nebo tvarové konstanty, ale autoři je shrnují pod společným názvem entoptické jevy. Pozměněné stavy vědomí, jež vyvolávají entoptické jevy a halucinační vize, se údajně skládají ze tří fází. Posloupnost těchto tří stadií byla poprvé ustanovena pomocí laboratorních pokusů s použitím LSD a mezkalinu. Lewis-Williams a Dowson připouštějí, že tento model pravděpodobně nepředstavuje odpovídajícím způsobem všechny formy pozměněného stavu vědomí vyvolané omamnými látkami nebo jinými prostředky, nicméně se domnívají, že popisuje široký rozsah podobných zkušeností. Svá tvrzení dokládají například studií chování amazonských indiánů Tukano, jejichž zkušenosti odpovídají laboratorním výsledkům. Lewis –Williams a Dowson tak na tomto základě usuzují, že jeskyně západní Evropy vyzdobené malbami jež neplnily každodenní úlohu v pravěkém životě a do nichž byl obtížný přístup, by poskytovaly ideální místo pro iniciační a šamanské vize.⁵

Stejně tak Stanislav Grof uvádí na adresu prehistorického šamanismu, že není jen prastarý, nýbrž i univerzální, lze se s ním setkat v Severní i Jižní Americe, v Evropě, Africe, Asii, Austrálii, Mikronézii i Polynézii. Skutečnost, že tolik rozdílných kultur v dějinách lidstva považovalo šamanské techniky za užitečné a důležité potvrzuje, že holotropní stavy probouzejí to, čemu antropologové říkají primární vědomí (primal mind), tedy základní a prapůvodní aspekt lidské psýché přesahující rasu, pohlaví, kulturu a historickou dobu. V kulturách, které unikly hlubokému vlivu západní průmyslové civilizace, šamanské techniky a postupy přežívají až do současnosti.⁶

⁴ Srov. RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN, s.r.o., 1993. s. 18. IBSN- 80 7106-118-2

⁵ Srov. tamtéž str.20

⁶ Srov. GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. z angl. orig. Psychology of the future. Praha: Perla, 2004. s.19. IBSN-80-902 156-6-1

Antonio Escohotado taktéž ve své knize *Stručné dějiny drog* připisuje kulturám lovců sběračů, které jsou bezpochyby nejstarší na světě, neomezený a otevřený počet různých božstev.

Tvrdí, že ve valné části těchto společenství procházeli jedinci nějakou zkušeností s psychoaktivní drogou, jež je učila nebo upevňovala jejich kulturní sounáležitost. Podobné tradice tvoří naprosto základní kapitolu, jejíž dávnou ozvěnou je význam ukrytý v pozdějších usedlých kulturách za výrazem zjevená pravda.⁷

1.2 Opium a konopí ve starověku

Úloha opia ve starověku je spolehlivě známa. Existují o něm zmínky v písemných památkách Egypta, Asýrie a Řecka. Egyptské lékařské texty vyjmenovávají mezi mnoha použitími opia jeho sedativní účinky utišující bolesti při poraněních, abscesech a potížích s pokožkou vlasů. I pro Římany, jak uvádí Plinius, bylo opium všelékem používaným k léčení elefatiázy, nežitů, jaterních potíží, epilepsie a ušknutí štírem.⁸

Stejně, tak i prameny z jiných oblastí a kultur uvádějí znalost opia asi 5000 let př. n. l. Sumerové znají a užívají opium, jejich písmo má pro opium ideogram, překládaný jako HUL, což znamená radost nebo veselí. Makovice se vyskytují i na nejstarších babylonských válečcích a na zobrazeních krétsko-mykénské kultury. Egyptské hieroglyfy se zmiňují o šťávě z makovic-opiu a doporučují ji jako analgetikum a uklidňující prostředek. Z máku se připravovala mast, jež se užívala rektálně, případně orálně. Podle Ebersova papyru se dávala dětem "aby nekřičely". Egyptské opium, zvané též „thébské“, dosahovalo nejvyšší kvality z celé středomořské oblasti a dokonce Homér se o něm zmiňuje v *Odyseji*. Prý „dává zapomenout na všelikou strážení“.⁹

Zhruba 2500 l. př. n.l. jsou také nejstarší dochované důkazy o pěstování máku obyvateli neolitických jezerních oblastí v dnešním Švýcarsku.¹⁰

⁷ Srov. ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha: VOLVOX GLOBATOR 2003. s-7. ISBN-80-7207-512-8

⁸ Srov. RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN, s.r.o., 1993. s. 29. ISBN- 80 7106-118-2

⁹ Srov. ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha: VOLVOX GLOBATOR 2003. s-11. ISBN-80-7207-512-

8

¹⁰ Srov. SZASZ, T. *Drogy: Historie jedné hysterie*. Praha: Votobia, 1997. S. 10. ISBN -80-85867-31-2

Nakolik důležitou roli hrálo opium ve Středomoří doby bronzové ukázalo studium kyperských nádob nalezených v Egyptě. Mezi nádobami popsány v literatuře jako Kyperské předměty kruhového podstavce typu I. jsou tři základní typy –džbánek láhev a baňka. Nejběžnější z dovážených byl džbánek s velmi úzkým hrdlem. Podle Roberta Meriillse musel existovat jiný důvod pro tak rozšířený dovoz takového zboží a to, že kyperští vývozcí doby bronzové sami nejlepším možným způsobem oznamovali charakter svých výrobků, zhotovili nádobu, která svým tvarem srozumitelně vypovídala o charakteru svého obsahu. Byl to neúčinnější způsob reklamy, protože mnoho zákazníků by textu v jiném jazyce těžko rozumělo. V Egyptě jsou pak doloženy i četné zmínky o požívání opia v pozdní mínojské době (období krétské civilizace) účastníky některých náboženských obřadů. A na co, že ony džbány měly být reklamou? V případě džbáneků je zde více než náhodná podoba s tvarem opiové makovice. Opium bylo tak v Egyptě využíváno nejen pro léčebné účely, ale i účastníky určitých náboženských účelů za účelem vyvolání transu a stavů extáze k provádění posvátných rituálů.¹¹

Ještě v dávnějších dobách se pravděpodobně užívalo konopí (*Cannabis indica*, nebo *Cannabis sativa*). Je zmiňované již čínským císařem Šen –Nungem kolem roku 2737 př. Kristem. Nějaký konopný derivát jako jsou dnes například hašiš nebo marihuana, bhang nebo gandža znali rovněž Asyřané v 8.stol. př.Kristem. V Indii se nejrůznější typy konopných derivátů, které vyvolávají vize, zvýšené soustředění a jiné psychedelické účinky, používají jako pomůcky duchovního rozvoje a jako zdroje okultních sil stovky a možná tisíce let. Přibližně devadesát procent indických svatých mužů dnes užívá konopí, často spolu s jinými látkami. Miliony už dnes ne tak svatých mužů v Indii a jiných východních zemích užívají tutéž látku, aby je „nakopla“ a oni mohli konečně uniknout často jen stěží přijatelné životní realitě.¹²

Také v západní Evropě mělo podle paleobiologických údajů pěstování konopí dlouhou tradici. Už v 7.stol. př. n. l. vyvázejí Keltové z Massilie (dnešní Marseille) konopné provazy a koudele do celého Středomoří. Z četných nálezů dýmek se dá usuzovat, že tato kultura věděla i o jeho využití jako drogy. Ostatně sami druidové byli vyhlášenými odborníky na lektvary a léčitelství.¹³

¹¹ Srov. RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN s.r.o., 1993. s. 30. IBSN- 80 7106-118-2

¹² Srov. MASTERS, R., HUSTONOVÁ, J. *Druhy psychedelické zkušenosti*. Praha: Dharmagaia a Maťa, 2004,s.52. IBSN-80-86685-18-7

¹³ Srov. ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha:VOLVOX GLOBATOR 2003. s-12.IBSN-80-7207-512-8

1.3 Halucinogeny

Skupina halucinogenních drog je dnes jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Tato skupina dnes čítá několik stovek různých látek jak rostlinného, tak živočišného původu po celém světě. Velkou pozornost tato skupina přitahovala od nepaměti a vždy byla doprovázena jistou tajemností, nevyzpytatelností až mystičností díky svým neobvyklým vlastnostem a účinkům na lidskou psychiku.¹⁴

Významnou představitelkou této skupiny na eurasijském kontinentu byla např. muchomůrka červená (*Amanita muscaria*). Zmínky o používání halucinogenních muchomůrek červených se poprvé objevují na počátku období ruských kontaktů se sibiřskými národy. První známé svědectví z roku 1658 se nachází v deníku jednoho polského válečného zajatce, který popisuje požívání houby záposibiřskými Ostřaky. Mythologie mnoha sibiřských národů obsahují náměty založené na muchomůrkách a není proč se domnívat, že se jedná o vpisování nedávného původu. Podobně potvrzují dlouhotrvající existenci používání muchomůrek lingvistické a archeologické důkazy. V mnoha ugrofinských jazycích lze vysledovat původ slov „vytržení“ i „opojení“ a „opilost“ ve slovech znamenajících houbu, nebo muchomůrku. Sibiřské skalní kresby zobrazují bezruké jednonohé postavy pozoruhodně se podobající „muchomůrkovým mužům“, kteří se zjevují lidem pod vlivem muchomůrky červené.¹⁵

Používání halucinogenní muchomůrky červené bylo spojeno především s rolí kmenových šamanů, kteří zastávali poslání lékaře, kněze a čaroděje. Tito jedinci byli považováni za osoby se zvláštním přístupem do světa duchů. Sibiřští šamani byli strážci svých kulturních tradic a jejich znalosti mýtů, písní, léčiv a náboženských obřadů byly skutečně rozsáhlé.¹⁶

Stanislav Kudrle k tomu uvádí, že nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou šamanské rituály. Šamanismus je nejstarším náboženstvím i nejstarší medicínou v historickém vývoji člověka, sahá až k paleolitu. Šamani měli vypracované techniky na vyvolávání změněných stavů vědomí na nedrogové i drogové bázi.

¹⁴ Srov. MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 169. IBSN 80-86734-05-6

¹⁵ Srov. RUDGLEJ, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN s.r.o., 1993. s. 43. IBSN- 80 7106-118-2

¹⁶ tamtéž str. 42.

Vnímání a porozumění světu se dělo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu spíše než na úrovni racionální, logické abstrakce. Člověk tehdy patrně jinak využíval a jinak zatěžoval své mozkové hemisféry než v historické době.¹⁷

Rovněž Amazonské pralesy skrývají řadu četných halucinogenních rostlin a původní obyvatelé je využívají po staletí. Mezi významné patří například pralesní popínavá rostlina *Banisteriopsis caapi*. Tato rostlina je známá pod množstvím místních názvů jako např. yajé, pinde, ayahuasca, cadána, caapi, nebo natena. Například indiánský kmen Tukanů užívá tuto rostlinu při rozmanitých příležitostech a to ve skupinách i jednotlivě. Významné jsou především iniciační obřady, pohřby, šamanské poutě za zjeveními a diagnostika nemocí. Konzumace je vyhrazena dospělým mužům, ačkoliv při těchto příležitostech smějí být přítomny ženy i nezasvěcení chlapci.¹⁸

1.4 Záhadný haom

Jako příklad toho, že se v průběhu dějného vývoje u některých psychoaktivních látek nepodařilo dochovat jejich pravá totožnost, může sloužit indo-iránský „haom“. Indoíránci byli příslušníky pasteveckých národů, jejichž domovem je velkoiránská oblast (severně od Indie, západně od Číny, jižně od sibiřské tundry, východně od Mezopotámie). V průběhu druhého tisíciletí př.n.l. se rozdělili do dvou skupin. Indoiránská větev odešla na jih a usadila se v povodí řeky Indu, druhá skupina zůstala v oblasti střední Asie. Nejstarší texty obou těchto skupin, indický Rgvéda a íránská Avesta, i přesto, že byly sepsány mnohem později, uchovávají nejstarší jazykové formy obou skupin. Oba texty se zmiňují o rostlině (v indické verzi sóma, v íránské verzi haoma, kolem které se soustřeďují důležité rituály).¹⁹

Totožnost této rostliny však zůstává záhadou a vedou se o ní bouřlivé diskuse. V průběhu času byla ve snaze zjistit totožnost této látky nebo rostliny navržena řada možností, které by se popisem na tuto látku hodily, ale vždy byly zpochybněny. Jednou z významných teorií je například také ztotožnění s muchomůrkou červenou.²⁰

¹⁷ Srov. KUDRLE, S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 83. IBSN 80-86734-05-6

¹⁸ Srov. RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN s.r.o., 1993. s. 71. IBSN- 80 7106-118-2

¹⁹ Srov. tamtéž str. 50.

²⁰ Srov. tamtéž str. 52

1.5 Ďáblovbyliny

Rovněž nebezpečně toxické, ale pro dějiny Evropy podstatně důležité, jsou rostliny z čeledi Solonaceae, nazývané také ďáblovbyliny. Jsou to zejména durman obecný, rulík zlomocný, mandragora a blín, které obsahují mj. alkaloidy atropin, hyoscyamin a skopolamin. Tyto a jim příbuzné rostliny najdeme téměř všude na světě a po nespočetná století sloužily jako jedy, opojné látky, nápoje lásky, zdroje snů a představ a rovněž i pro magické účely. Durman a blín znali již antičtí Řekové a je možné, že se ještě předtím užívaly ve věštírně v Delfách jako prostředky k navození spojení s Bohem. Solonaceae si však vysloužily proslulost (nebo neblahou proslulost) jako látky používané evropskými čarodějnicemi a mnohdy se tvrdí, že kdyby nebylo těchto látek, nikdy by nevznikla mánie kolem čarodějnictví. Pod vlivem durmanu, blínu, rulíku nebo některých jejích směsí prožívaly čarodějnice v období 15.-17.století sny a představy o tom, že odlétají na sabaty čarodějnic, kde se účastní blasfemických obřadů s ďáblem a demony. Pomocí stejných prostředků je v noci navštěvovali démoničtí milenci (upíři a sukubové). Tyto prožitky byly často tak živé, že jednotlivé ženy později věřily, že se to opravdu stalo. A později doznávaly to, o čem se domnívaly, že se to opravdu stalo.²¹

Čarodějnice připravovaly ze Solonaceae nápoje lásky a také masti, které si vtíraly do celého těla nebo na zvlášť citlivá místa jako podpažní jamky, dlaně rukou nebo vaginální stěny. Skutečnost, že čarodějné nápoje lásky byly známé již v 15.století, a že se pevně věřilo tomu, že dokáží vyvolat sny nebo iluze létání a návštěvy sabatu, jasně dokládá případ, o kterém se v té době hovořilo. Jeden dominikán sledoval ženu, která se potřela tímto nápojem a upadla do transu. Po probuzení tvrdila, že se přesunula na sabat a připojila se k tamnímu hýření. Čarodějný nápoj skutečně analyzoval v 16.století Andreas de Laguna, lékař papeže Julia III. Na základě vzorku, který odebral od jedné čarodějnice, Laguna oznámil, že nápoj měl zelenou barvu a obsahoval bohlav, salanum, mandragoru a blín.²²

²¹ Srov. MASTERS, R. HUSTONOVÁ, J. *Druhy psychedelické zkušenosti*. Praha. Dharmagaia a Maťa, 2004. s. 55. ISBN-80-86685-18-7

²² Srov. tamtéž str. 55

2. PROCES VZNIKU ZÁVISLOSTI

2.1 Problém závislosti

Co je ve skutečnosti drogová závislost? Existuje řada pojetí a definic drogové závislosti či závislosti na návykových látkách. Můžeme hovořit bezpochyby o onemocnění. Důkazem přijetí tohoto takzvaného medicínského modelu závislosti bylo zařazení závislosti na alkoholu a na tzv. jiných návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění.²³

Martin Hajný k tomu dále píše: *„Drogová závislost je onemocnění, které je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů. K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování a postupem času i přes pravidelné užívání drogy. Mnoho lidí trpí závislostí v chronické podobě, kdy po obdobích abstinence opět upadají do návyku. Zpočátku může dotýčný užívání drogy kontrolovat, ale to obvykle nedělá natolik, aby s tím přestal.“*²⁴

Němečtí autoři Fr. Christopf Göhlert a F.Kühn přicházejí s tvrzením, že návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření dne. Společným znakem každého návyku je přitom mechanismus odměňování sama sebe. Toxikomani používají drogy, aby manipulovali své pocitové stavy. V podstatě jde o to, potlačovat nepříjemné nebo vyvolávat příjemné pocity.²⁵

O tom, že problém drogové závislosti a závislostí se stává stále aktuálnější a zneužívání návykových látek ať už legálních anebo nelegálních je úzce spjato s některými aspekty současného života, není pochyb. Závislost na drogách je jevem, který lidstvo vždy provázel, avšak teprve nyní se svým bujením stává symbolickým problémem naší doby na všech možných úrovních. Je ohrožením, výzvou, rébusem, který by mimozemskou civilizaci pravděpodobně velmi rychle informoval o vývojovém stupni naší civilizace.²⁶

²³ Srov. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1995. s.11. IBSN -80-85800-25-X

²⁴ HAJNÝ, M. *O Rodičích dětech a drogách*, Praha: Grada 2001, s.14. IBSB- 80-247-0135-9

²⁵ Srov. GÖHLERT, F.CH., KÄHN, F. *Od návyku k závislosti*, München: Alinea 2001, s.11. IBSB-80 7202-950-9

²⁶ *Drogy ze všech stran, sborník přednášek- mezioborový pohled na drogovou problematiku*. Frouzová, M. Praha: Filia, 1995. s. 53. IBSN 80-901966-1-6

2.2 Definice závislosti

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní: syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo před desetinnou tečku se doplňuje látka) je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:²⁷

a) Silné touze nebo pocitu puzení užívat látku.

Už v roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení (craving) jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti. Isbell (1955) zhruba ve stejné době navrhl předvídatě odlišovat tělesné a psychické bažení. Až mnohem později se ukázalo, že rozlišování bažení na tělesné a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) se za použití moderních vyšetřovacích metod v mozku jinak projevuje.

Některé objektivní projevy při psychickém bažení jsou:

- nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku (dorzolaterální prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček),
- oslabení paměti,
- prodlužuje se reakční čas- zhoršuje se postřeh(Sayett a kol.,1994),
- abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice),
- zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku (Weinstein a spol., 1997),
- snížení kožního galvanického odporu (Geeley a spol.,1993), vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty provází také vystavení podnětům aktivujícím závislost čili „spouštěčům“(Carter a Tiffany, 1999),
- vyšší alivace (slinění) u závislých na alkoholu.²⁸

²⁷ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. s 14. IBSN -80 7178-831-7

²⁸ Srov. tamtéž str. 16

b) Potížíím v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.

c) Tělesnému odvykacímu stavu – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.

Pro tuto diagnózu odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

- 1) Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání.
- 2) Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu.
- 3) Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.²⁹

d) K průkazu tolerance k účinku látky jako je, vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance.

e) Postupnému zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.

f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, např. poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek), nebo toxické poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek³⁰.

²⁹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. s 20. IBSN -80 7178-831-7

³⁰ Srov. tamtéž str. 15

2.3 Vývojová stadia závislosti

Při vývoji závislosti můžeme vždy vymežit několik různých stádií. Většinou jsou uváděny čtyři druhy vývojových stádií.

Autoři Heller J., a Pecinová O. uvádějí čtyři vývojová stadia stanovená původně pro závislost na alkoholu podle Jellineka jsou to:

1. stadium - nebo-li (iniciační),
2. stadium - prodromální -nebo-li (varovné),
3. stadium - krucální- nebo-li (rozhodné),
4. stadium - terminální -nebo-li (konečné).³¹

Němečtí autoři Fr. Göhlert a Kühn uvádějí také čtyři fáze vzniku závislosti a to:

1. euforické počáteční stadium,
2. kritické stadium navykání,
3. stadium návyku, respektive závislosti,
4. chronické stadium rozkladu.³²

2.4 Neurobiologie závislosti

Současně s rozvojem stavu závislosti na droze je pozorována na různých úrovních lidského i zvířecího organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drogy. V CNS dochází ke změnám na prakticky všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám se rozvíjí takzvané adaptační změny. Znalost mechanismů drogových závislostí je dosud nedostatečná, řada dosažených poznatků je však již nyní používána v léčení toxikomanií nebo aspoň pomáhá zmírnit drastické příznaky z odnětí drogy či stavy předávkování.³³

³¹ Srov. HELLER, J., PECINOVÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. s. 16-18. IBSN 80-7169-277-8

³² Srov. GÖHLERT, F. CH., KÄHN, F. *Od návyku k závislosti*, München: Alinea 2001, s. 45. IBSB-80 7202-950-9

³³ Srov. FIŠEROVÁ, M. *Neurobiologie závislosti*. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 96. IBSN 80-86734-05-6

2.4.1 Neurobiologické a neurobiochemické mechanismy účinků drog

Pro neurobiologické mechanismy jsou intenzivně studovány role jednotlivých neurotransmiterů, hormonů a působků (mediátorů) v neurobiologických mechanismech účinků drog i navození závislostí. Mechanismy vzniku a rozvoje závislostí se u jednotlivých typů závislostí liší, v řadě případů však lze nalézt určité společné nebo často se opakující rysy.³⁴

Všechny látky s vysokým potenciálem závislosti mají centrální účinky, rychle a dobře pronikají mematoencefalickou bariérou a vážou se většinou na specifické receptory či skupinu více různých receptorů podle příslušných chemických struktur drog, eventuálně droga působí přímo změny prostupu některých iontů nebo i změnu fluidity membrán (např. alkohol, rozpouštědla). Specifické receptory v těle (tedy i v CNS) a příslušné tělu vlastní vazebné látky (mediátory, neuromediátory) zprostředkovávají přenos neuronálního signálu/impulsu mezi neurony. Tyto látkové/humorální přenosy informací se odehrávají na tzv. synapsích mezi neurony a jsou součástí vnitřních regulačních systémů. Droga na tyto systémy působí podle svých vazebných schopností. Např. heroin, morfin a jiné opiáty se vážou na opioidní receptory (mí, kappa, delta opioidní receptory). Působí tedy obdobně jako tělu vlastní přirozené (endogenní) látky-endorfiny či enkefaliny, které se na tyto opioidní receptory také váží. Opiáty-drogy, působí ovšem výrazněji a dlouhodoběji. Některé složky z konopí-marihuany, hašiše atd. (např. tetrahydrokanabinol) se vážou na kanabinooidní receptory stejně jako endogenní látky s obdobným účinkem, např. anandamidy. Stimulancia jako kokain, amfetamin apod. působí nepřímo- ovlivňují především transportní mechanismy katecholaminů (dopamin, noradrenalin, adrenalin) a způsobují vyplavení těchto neuromediátorů v některých oblastech CNS, vyplavené katecholaminy pak působí na příslušné dopaminergní a adrenergní receptory.³⁵

2.5. Psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti

S rozvojem psychologie a zvláště psychoterapie byly hledány důvody rozvoje závislosti v psychice lidí, ať už v podobě určitých osobnostních vlastností či některých jemnějších souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. V roce 1934 byla toxikomanie uznána v USA

³⁴ Srov. FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 97. IBSN 80-86734-05-6

³⁵ Srov. tamtéž str. 98

jako „duševní porucha“ a brzy se i dostalo na výzkum její psychologické etiologie. Lze říci, že výzkumy sledovaly a částečně i potvrzovaly, že lidé drogy berou a stávají se na nich závislými hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhaly řešit stávající stav (např. pocity odcizení, nemilovanosti, selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nudy, deprese, emocionální bolesti, nejistoty, samoty, nebo nízkého sebevědomí) či nabízely něco, po čem jedinec toužil (např. odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace, poznání, sex, moc apod.), někdy ovšem také z pouhé příležitosti spojené s ignorací.³⁶

Souhrnem uvádí Madgalena Frouzová šest základních nabídek, kterými různé druhy drog disponují: 1) umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými,

2) urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života,

3) zbavují nepříjemného stavu, akutního či peramanetního, např. pocitů, neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy,

4) vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky,

5) umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, usnadňují přizpůsobení,

6) pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.³⁷

2.6. Vztah vzniku závislosti a vývoje jedince

Problematika zneužívání návykových látek je velmi často spojována s různými obdobími vývoje člověka. Velmi často zmiňovaný je hlavně vztah mezi závislostí a ranným dětstvím. Martin Hajný uvádí, že účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které za běžného stavu vědomí bývají potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti převážně z dětství.³⁸

³⁶ Srov. FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislostí. *In Drogy a drogové závislosti I.* Úřad vlády České republiky, 2003, s. 124. IBSN 80-86734-05-6

³⁷ Srov. tamtéž str. 124

³⁸ Srov. HAJNÝ, M. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislostí. *In Drogy a drogové závislosti I.* Úřad vlády České republiky, 2003, s. 135. IBSN 80-86734-05-6

Užívání drog stejně jako pití alkoholu bývá autory z psychoanalytického okruhu spojováno se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stadiu vývoje. Tímto stádiem se v psychoanalytické literatuře myslí první rané období dítěte, ve kterém se dětské vnímání okolí a lidí soustřeďuje převážně do oblasti úst a zažívacího traktu. Odraz tohoto období v životě dospělého lze pak spatřovat v momentech, kdy člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, aniž by se on sám na tom nějak aktivně podílel. Dalšími znaky orální fixace jsou: nízká tolerance k napětí, bolesti a frustraci.³⁹

Specifická je též role závislosti v období dospívání, v tomto období se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Dospívající by měl pro úspěšné začlenění do společnosti druhých lidí splnit či zahájit zvládnání řady tzv. vývojových úkolů. Jde o osobnostní a vztahové kvality, jejichž budování předpokládá dostatečné zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje a je svým způsobem revizí předchozích úkolů.⁴⁰

Autoři S. Arterburn a J. Burns tvrdí, že dnešní děti vyrůstají v závislé společnosti. Na všechno od menstruačních křečí, přes chudokrevnost, plešatění, až k osamělosti a stárí se nabízejí zázračné tabletky. Děti tak trpí duševními problémy a touží po úlevě. Ale dříve než jí skutečně dosáhnou, stávají se závislými⁴¹

³⁹ Srov. HAJNÝ, M. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 135. IBSN 80-86734-05-6

⁴⁰ Srov. tamtéž str. 137

⁴¹ Srov. ARTERBURN, S. BURNS, J. *Drogy klepou na dveře*. Brno: Nová naděje, 2001. s. 40. IBSN-80-86077-03-9

3. MODELY ZÁVISLOSTI

3.1 Biomedicínský model závislosti

Kamil Kalina rozlišuje zhruba tři základní modely závislosti. První biomedicínský model závislosti dominoval v oblasti závislostí po dlouhá desetiletí, zejména v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem, jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři psychiatři.⁴²

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a nejspíše vůbec nevyléčitelnou. V tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci (závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat). Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.⁴³

3.2 Bio-psycho-sociální model závislosti

V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním. V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.⁴⁴

Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), zranitelnost (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období) které vedou k manifestaci poruchy).⁴⁵

⁴² Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 78. IBSN 80-86734-05-6

⁴³ Srov. tamtéž str. 78

⁴⁴ Srov. tamtéž str. 78

⁴⁵ Srov. tamtéž str. 79

3.3 Holistický nebo-li celostní model

Holistický či celostní přístup je charakterizován jistým vykročením z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie, používání léčivků, masáže či holotropní dýchání. Obvykle se přitom neopouští základní rámec bio-psycho-sociálních přístupů. Model holistický se pak častěji objevuje jako model bio-psycho-socio-spirituální.⁴⁶

3.4 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Do předchozího holistického modelu závislosti je zařazován i model, který se vytvořil na základě předchozího modelu bio-psycho-sociálního jako model, který je rozšířen o spirituální rozměr člověka.

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Stanislav Kudrle k tomu říká, že neznáme žádnou predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů například určité fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka.⁴⁷

Jako spirituální úroveň je v tomto modelu popisován vztah k tomu, co mne přesahuje, to k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.⁴⁸

⁴⁶ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 81. IBSN 80-86734-05-6

⁴⁷ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 9. IBSN 80-86734-05-6

⁴⁸ Srov. tamtéž str. 93

4. LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

4.1 Různé přístupy v léčbě drogových závislostí

Při léčbě drogově závislých jsou aplikovány různé přístupy, které vycházejí z různých oblastí, které s drogovou problematikou souvisejí. Kamil Kalina rozlišuje zhruba čtyři typy základních přístupů v léčbě závislostí a to:⁴⁹

a) Přístup ochrany veřejného zdraví, nebo-li „public health“.

Přístup „public health“ vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Vzniknul a vyvíjel se nikoliv jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tudíž na sdílení jehel a stříkaček při nitrožilním užíváním drog a na rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Z toho se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod. Dominance přístupu ochrany veřejného zdraví může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele a k rezignaci na léčení nebo sociální opatření.⁵⁰

b) Přístup minimalizace poškození(harm reduction).

I když se v rámci harm reduction (dále HR) využívá některých metod, které zároveň slouží ochraně veřejného zdraví, jde na rozdíl od výše uvedeného přístupu „public health“ o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta.⁵¹

Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu.⁵²

⁴⁹ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 79. IBSN 80-86734-05-6

⁵⁰ Srov. tamtéž str. 79

⁵¹ Srov. tamtéž str. 79

⁵² Srov. tamtéž str. 80

c) Sociální a sociálně- pedagogický přístup.

V tomto modelu drogové závislosti tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity.

používanými metodami práce jsou zejména:

- sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence,
- resocializace, reedukace a rekvalifikace,
- nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, často využívající chráněného prostředí(chráněné bydlení, a chráněné dílny).⁵³

Sociální či sociálně-pedagogický přístup těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je rovněž výrazem emancipace nezdravotnických profesí. Při nedostatku lékařů a klinických psychologů v oboru léčení závislostí a při trvajících společenských předsudcích proti "přijetí diagnózy" nepřekvapuje, že se sociálně- pedagogické přístupy ve světě i u nás dokáží uplatnit jako zcela samostatné řešení pro široký okruh uživatelů drog, především mladistvých klientů nebo naopak chronických toxikomanů. Jejich metody se však mohou integrovat i do rámce bio-psycho-sociálního modelu a lze je do jisté míry pokládat za širší součást „hlavního proudu“.⁵⁴

d) přístupy morální a spirituální

Pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu je ve společnosti stále značně rozšířené. Tento koncept využívají zastánci represe, ale může tvořit i východisko pomoci uživatelům a závislým. V praxi aplikuje sociální a sociálně-pedagogické přístupy spojené s křesťanskou morálkou a věroukou (morální převýchova ,morální realizace). Často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách postižených sociálními problémy a kriminalitou. Jistým extrémem morálního přístupu je přístup spirituální, který za jedinou cestu z drogové závislosti pokládá náboženské obrácení, oddanost určité víře a život a práci v úzkém společenství podobně věřících pod trvalým duchovním vedením, má často sektářský charakter nebo aspoň nádech.⁵⁵

⁵³ Srov. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 79. IBSN 80-86734-05-6

⁵⁴ Srov. tamtéž str. 80

⁵⁵ Srov. tamtéž str. 81

4.2 Jednotlivé složky systému péče o drogově závislé

Pokud se u člověka, který zneužívá drogy vyvine chorobná závislost podle kritérií definice závislosti a postižený ztratí schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpátky, přichází ke slovu léčba.⁵⁶

V České republice je v současnosti k dispozici několik základních typů institucí, které v oblasti drog pracují. Například M. Hajný uvádí jako základní instituce zaměřené na problém drog:

1) K-centra- což jsou nízkoprahová zařízení skoro ve všech větších městech. Základem bývá poskytování informací, výměna zdravotnického materiálu (použité injekční náčiní), nebo motivační rozhovory apod.

2) Psychiatrické léčebny- oddělení pro léčbu závislostí. Nejčastěji jde o zhruba 3 měsíční programy pro drogově závislé. Jde zpravidla o rozeznanou závislost na drogách, většinou bývá doporučována, pokud je již vyčerpána možnost ambulantní léčby.

3) Terapeutické komunity- pobyt v terapeutických komunitách trvá obvykle 6-18 měsíců. Komunita je obvykle mimo město a pro jedince starší 18 let. Léčba se doporučuje po předchozím dlouhodobém užívání a selhání krátkodobějších forem léčby.

4) AT oddělení- což jsou specializovaná oddělení zaměřená na pomoc závislým lidem. Mohou být v rámci nějakého zdravotnického zařízení, nebo smostatně.

5) Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace- jedná se zejména o psychoterapii a poradenství zaměřené na problémy s drogami, které lze zvládat ambulantně.

6) Terénní programy, streetwork- jsou to programy, které jsou zaměřené na výměnu injekčního materiálu za čistý, dále poradenství a předávání informací.

7) Doléčovací centra a centra následné péče- tyto centra nabízejí následnou péči v období po absolvování některého typu základní léčby, většinou ústavní.⁵⁷

⁵⁶ Srov. HAJNÝ, M. *O Rodičích dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. s.103. IBSB- 80-247-0135-9

⁵⁷ Srov. tamtéž str.104

8) různé linky důvěry- poskytují bezplatnou telefonickou konzultaci.

9) Soukromé psychoterapeutické praxe- poskytuje ambulantní docházky na konzultace, služba je obvykle placená.⁵⁸

Mudr. Karel Nešpor rozlišuje kromě těchto složek péče ještě některé zvlášť efektivní formy léčby, jsou to:

- 1) Anonymní alkoholici a jiné sesterské organizace.
- 2) Různé socioterapeutické kluby.⁵⁹

4.3 Diferencovaná péče o drogově závislé

Diferencovanou péčí o drogově závislé je rozuměno to, že se různé léčebné postupy, používají u různých pacientů s různým stupněm třeba i téhož onemocnění. Znamená to také odlišný přístup k témuž pacientovi v různých stádiích jeho problému. Např. jiný přístup volíme v akutním stavu nebo v krizi a jiný u pacienta schopného intenzivní spolupráce. V duchu systémového přístupu, jak je popsán výše mají často při stanovení léčebného plánu velký význam rodina, vrstevníci a další sociální systémy.⁶⁰

Jako hlavní faktory, které je třeba brát v úvahu při návrhu léčby uvádí Karel Nešpor a Ladislav Csémy tyto:

1) proměnné týkající se tělesného stavu pacienta, např. přítomnost tělesného odvykacího syndromu, nebo závažného poškození souvisejícího s návykovými látkami,

2) faktory týkající se duševního stavu jako duševní porucha nesouvisející se škodlivým užíváním (např. porucha osobnosti, deprese, psychotické onemocnění), přítomnost alkoholické, nebo toxické psychózy, psychická závislost, organické poškození mozku, dostatek nebo nedostatek sociálních dovedností, pracovní návyky, schopnost adaptace,

3) faktory týkající se druhu návykové látky a délky jejího škodlivého užívání,

⁵⁸ Srov. HAJNÝ, M. *O Rodičích dětech a drogách*, Praha: Grada, 2001. s.104. IBSB- 80-247-0135-9

⁵⁹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. s 99a 104. IBSN -80 7178-831-7

⁶⁰ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. 1.vyd. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s.17. ISBN 80-85121-52-2

4) faktory týkající se rodiny: rodinná dysfunkce či naopak rodina jako zdroj emoční podpory, přítomnost závislosti u blízkého příbuzného ve společné domácnosti, schopnost rodiny aktivně spolupracovat v léčbě, adaptovat se na změněnou situaci po terapii,

5) faktory týkající se sítě sociálních vztahů, přátelé užívají návykové látky nebo naopak zachovalé perspektivní sociální vazby,

6) širší sociální systémy zahrnující možnosti trávení volného času, v prevenci spolupracující nebo nespolupracující sdělovací prostředky, drogová subkultura ve společnosti a její vliv, reklama na alkohol, legislativa,

7) faktory týkající se možnosti léčby v dané oblasti, kapacita léčebných zařízení, kvalifikace a zkušenost týmů, ochota pacientů ke spolupráci, přijatelnost té či oné léčebné intervence.⁶¹

Uvedené faktory je vhodné brát v úvahu, jestliže navrhujeme pacientovi specifickou léčebnou intervenci. Její formy zahrnují:

- 1) minimální léčebnou intervenci , např. jednorázovou konzultaci s pacientem a jeho rodinou nebo telefonickou pomoc,
- 2) krátkodobou ambulantní léčbu(individuální, nebo rod. terapie),
- 3) středně dlouhou nebo dlouhodobější ambulantní terapii, včetně např. systematické účasti ve svépomocné organizaci,
- 4) krátkodobou ústavní léčbu a navazující ambulantní léčení,
- 5) středně dlouhou ústavní léčbu trvající např. 3-4 měsíce,
- 6) dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě často přesahující jeden rok,
- 7) mírnění škod („harm reduction“) u závislých, u nichž není možná léčba zaměřená k abstinenci,
- 8) trvalý pobyt v chráněném prostředí u těžce organicky postižených bez sociálního zázemí.⁶²

⁶¹ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislosti*. 1.vyd. Psychiatrické centrum Praha, 1996,s.17 ,ISBN 80-85121-52-2

⁶² Srov. Tamtéž str.17.

5. ROLE PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

5.1 Psychoterapie jako obor

Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a je složen ze dvou slov psýché a therapón. „Psýché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj v sobě samé, v nejstarším významu byla synonymem života a vyjadřovala u člověka i vztah k životu vůbec. V dnešním pojetí je duševní – psychické jiným vyjádřením pro lidskou subjektivitu a její projevy (vědomí, prožívání apod.) Z vědních oborů se touto oblastí zabývá zejména psychologie. „Therapón“ byl služebník průvodce a opatrovník Bohů, sloveso „therapeuó“ opět znamená sloužiti, pečovati o někoho a v přeneseném významu i léčiti.

Dnes rozumíme terapií - léčbou vědecké postupy, jimiž napomáháme úzdravě a terapeut je odborníkem na tuto činnost. Z vědních oborů se psychoterapii věnuje zvláště medicína. Třetím zdrojem psychoterapie je filozofie. Filozofie učí kriticky myslet, předpoklady a východiska oboru a ukazuje možnosti i meze našeho poznávání, a co je pro praxi nejdůležitější, pomocí etiky vymezuje, co je žádoucí a co se naopak nesmí.⁶³

Psychoterapii tak můžeme definovat zhruba takto: Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.⁶⁴

5.2 Psychoterapeutický přístup v léčbě závislostí

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základních typů péče od streetworku, nízkoprahových zařízení a substitučních programů až po terapeutické komunity

⁶³ Srov. VYMĚTAL, J.a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanal. nakl. J.Kocourek, 1997. s 13. IBSN-80-86123-02-2

⁶⁴ Srov. tamtéž str. 14

a následnou péči. V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení odlišné cíle. Ty musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíli jednotlivých programů, odpovídat na fázi léčby a respektovat klientův proces. Například nevhodně načasovaná odkrývající terapie může po prvních několika málo úspěších léčebného programu, být pro klienta ohrožující a vést k vypadnutí z léčby.⁶⁵

V obecné rovině hovoříme o tzv. psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontraktu s klientem, ať již se jedná o streetworkera nebo lékaře odebírajícího krev. Na opačném konci pak hovoříme o systematické skupinové či individuální psychoterapii prováděné kvalifikovaným terapeutem.

Mezi těmito dvěma konci škály pak leží např. krizová intervence jako součást základní výbavy každého pracovníka přicházejícího do kontaktu s tak rizikovými klienty a pacienty jakými lidé trpící závislostí jsou. Psychoterapie závislostí má některé specifické rysy a klíčové prvky, obvykle zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobnostní růst. Sborník PF UK (1995) tyto klíčové prvky charakterizuje jako:

- 1) změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí,
- 2) učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě,
- 3) podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů,
- 4) podporování aktivního zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.⁶⁶

⁶⁵ Srov. MIOVSKÝ, M.BARTIŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 26. IBSN 80-86734-05-6

⁶⁶ Srov. tamtéž str. 26

5.3 Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí

Podle Magdaleny Frouzové existují v léčbě závislosti čtyři vůdčí teoretické a praktické

- přístupy a to:
- 1) Spirituální přístup anonymních alkoholiků
 - 2) Psychodynamický přístup.
 - 3) Přístup rodinné terapie.
 - 4) Přístup behaviorální.

Tyto přístupy se navzájem liší pojetím poruchy ve vztahu k droze a k abstinenci, a tudíž i druhem léčby. Vznikaly v úzké souvislosti s praxí a jen málo z nich vycházelo z výsledků výzkumu.⁶⁷

Frederick Rotgers a kol. uvádí celkem shodně pět vůdčích, teoretických a praktických přístupů v léčbě drogových závislostí:

- 1) Dvánáctistupňový přístup.
- 2) Psychodynamický přístup.
- 3) Manželská a/ rodinná a terapie.
- 4) Behaviorální přístup.
- 5) Posilování motivace.⁶⁸

Rovněž Michal Miovský uvádí v rámci individuální a skupinové psychoterapie jako hlavní směry behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie. Jako ostatní psychoterapeutické postupy, které jsou používány v léčbě závislostí pak uvádí :

- 1) Hlubinnou a dynamicky orientovanou psychoterapii.
- 2) Humanistickou psychoterapii.
- 3) Rodinnou a systemickou psychoterapii.
- 4) Hypnotické a relaxační postupy.
- 5) Integrativní přístupy.⁶⁹

⁶⁷ Srov. FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 126. IBSN 80-86734-05-6

⁶⁸ Srov. ROTGERS, F. KELLER, D.S. MORGERSTERN, J. Úvod. In *léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 13. IBSN 80-7169-836-9

⁶⁹ Srov. MIOVSKÝ, M. BARTIŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 41. IBSN 80-86734-05-6

Podle Karla Nešpora a Ladislava Csémy jsou rovněž kognitivně behaviorální postupy často účinnější než-li psychoterapie dynamická. Konstatují, že je pravděpodobné, že různé psychotherapeutické postupy jsou více nebo méně vhodné pro různé typy pacientů. Např. konfrontativní postupy se nedoporučují u pacientů s oslabeným sebevědomím, jindy, byť spíše výjimečně, mohou být prospěšné. To ostatně řada zkušených terapeutů v této oblasti vycítila a podle potřeby používá různé postupy u různých pacientů. Kromě toho se různé techniky a postupy uplatňují v různých stádiích léčby.

Něšpor a Csémy uvádějí jako hlavní psychotherapeutické postupy v léčbě závislosti:

- 1) Posilování motivace.
- 2) Skupinovou terapii.
- 3) Psychodrama a nácvik zvládání obtížných situací.
- 4) Kognitivně- behaviorální postupy.
- 5) Intrapersonální a interpersonální dovednosti.
- 6) Muzikoterapii.
- 7) Arteterapii.
- 8) Poetoterapii.
- 9) Gestalt terapii.
- 10) Strategickou terapii.⁷⁰

5.4 Individuální terapie u závislých

Individuální psychotherapie představuje jednu z možných metod léčby závislosti. Majoritní část psychotherapeutické práce je v současném systému léčebné péče soustředěna především do skupinové formy práce. Individuální psychotherapie nebývá pojímána jako zcela samozřejmá, a to nejen z důvodů spojitosti určitých problémů charakteristických pro oblast závislosti vyžadující kontext skupinové práce, ale také z důvodů větší nákladnosti na léčbu.⁷¹

Něšpor a Csémy k tomu uvádějí, že při léčbě závislosti se používá spíše skupinová psychotherapie než terapie individuální. To může být dáno teoretickými důvody, jako větší otevřenost členů v dobře pracující skupině závislých a skupinový tlak ke změně, ale

⁷⁰ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 75-92. ISBN 80-85121-52-2

⁷¹ Srov. MIOVSKÝ, M. BARTIŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychotherapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 26. ISBN 80-86734-05-6

i s ohledem na velký počet pacientů, pro které je takto možné snáze zajistit přiměřený léčebný program.⁷²

Individuální psychoterapie vyžaduje plně erudovaného psychoterapeuta, jehož vzdělání je velmi náročné jak po stránce finanční, tak také po stránce morálních a osobnostních předpokladů. Díky tomu, že čas, který věnuje terapeut jednomu klientovi je poměrně velmi dlouhý, může jeden terapeut zvládnout práci jen s velmi omezeným počtem klientů. Individuální psychoterapie může probíhat jak v rámci ústavní, tak ambulantní léčby. V případě lůžkové léčby vyžaduje jasně ohraničený rámec práce, který je citlivě včleněn do kontextu dalších probíhajících léčebných programů. Práce s klienty v podmínkách ústavní léčby je velmi náročná pro týmovou práci, neboť klient, který je jak ve standardním programu, tak současně v individuální psychoterapii, se ocitá ve vztahu k ostatním klientům ve zvláštní pozici. Má něco navíc a jen sám pro sebe. Má něčím výjimečný vztah s někým z terapeutického týmu, což může způsobovat napětí či různé další problémy jak mezi klienty navzájem, tak mezi klienty a týmem.⁷³

Z hlediska jednotlivých úrovní individuální psychoterapie lze rozlišit zhruba tři úrovně:

- krizovou intervenci,
- dále tzv. podpůrnou psychoterapii,
- systematickou a dlouhodobou psychoterapii.⁷⁴

Z hlediska indikace je individuální psychoterapie indikována zhruba ve dvou případech a to v prvním případě je to situace, kdy je z nějakého důvodu vážně ohroženo zvládnutí standardního léčebného programu u klienta jinak motivovaného tento program podstoupit. Jedná se například o klienty nacházející se v krizové situaci nezvládnutelné v rámci standardního programu nebo o klienty s duální diagnózou, která je handicapuje a výrazně zvyšuje riziko vypadnutí z programu.

Druhým případem indikace pro individuální psychoterapii je zralost a motivovanost klienta vstoupit do terapie za účelem osobního růstu, např. ve vyšších fázích léčby, či z touhy po zkvalitnění osobního života. Ačkoli mezi profesionály v oboru existují odpůrci této

⁷² Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*. 1.vyd. Psychiatrické centrum Praha: 1996. s.74, ISBN 80-85121-52-2

⁷³ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTIŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 26. IBSN 80-86734-05-6

⁷⁴ Srov. tamtéž str. 37

indikace, poukazující na vysokou nákladnost a možnost vstoupit do takové terapie až po skončení standardního léčebného programu, je tato indikace možná a také využívána.⁷⁵

5.5 Skupinová psychoterapie u závislých

Systematická skupinová psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá v různé míře skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí, který je vytvářen interpersonálními vztahy i interakcemi členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí.⁷⁶

Vztahy a interakce probíhají jak mezi členy psychoterapeutické skupiny navzájem, tak i mezi členy skupiny a psychoterapeutem nebo psychoterapeuty. Léčebné působení je cílené na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti a má odstranit její příčiny. Součástí psychoterapeutického procesu ve skupině je i působení ve směru reedukace a restrukturalizace osobnosti, která by měla směřovat rovněž k prohloubení sebepoznání, kdy k tomu skupinová dynamika poskytuje mnoho příležitostí. Podle teoretického zaměření může být akcentována léčba jedince ve skupině, léčba skupinou případně i léčba skupiny jako celku. Tyto přístupy se v praxi často střídají a prolínají.⁷⁷

Při léčbě závislostí je skupinová terapie poměrně hojně využívanou metodou práce. Je však vhodná jen v určitých fázích léčby. Často ji předchází individuální práce s klientem. Pro skupinovou psychoterapii je vhodné klienty adekvátně připravit a motivovat. Skupinová psychoterapie bývá volena jako vhodná forma pomoci tam, kde je problém klienta spojen s mezilidskými vztahy. Skupinová terapie zaručuje větší nezávislost na terapeutovi a posiluje spíše složku svépomoci. Člověk je založen sociálně, takže skupina více odpovídá jeho přirozenému prostředí. Tam, kde už došlo k odcizení, umožňuje skupina kromě nahlédnutí situace také možnost získat korektivní zkušenosti živým učením v chráněném prostředí skupiny. Skupina rovněž obnovuje nebo poskytuje zážitek „my“, který posiluje pocit sounáležitosti. Dochází v ní k učení nápodobou a zvyšuje se citlivost k vnímání a porozumění

⁷⁵ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTIŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 37. IBSN 80-86734-05-6

⁷⁶ Srov. tamtéž str. 37

⁷⁷ Srov. tamtéž str. 37

i druhým lidem. Někdy slouží skupina po určitou dobu jako náhradní vztažná skupina pro člověka, který mění svůj životní styl.⁷⁸

Skupiny závislých osob mohou být součástí docházkové péče-ambulance, centra, stacionáře atd. dále probíhají v rámci dlouhodobých pobytů v léčebných zařízeních a v terapeutických komunitách. Skupinová psychoterapie bývá také důležitou součástí doléčování, kdy klienti přes den již pracují a večer se účastní doléčovacích programů. Zde pomáhá skupina klientovi v začlenění se do jeho širšího sociálního okolí nebo na přechodnou dobu pro něj je vztažnou podpůrnou skupinou. Skupiny mívají spíše charakter homogenních skupin, co se týká problematiky, jinak je smíšené složení-věk, pohlaví atd.⁷⁹

Způsob, jakým skupiny pracují se může značně lišit, dle zaměření terapeuta nebo cíle, který si skupina stanovila. Využívají se kognitivně- behaviorální techniky, dynamický způsob práce, gestalt terapie, systemické přístupy a další.⁸⁰

I přes používání různých postupů podle okolností a teoretické orientace různých pracovišť lze popsat některé společné rysy skupinové terapie u závislých. Nešpor a Csémy uvádějí, že to jsou:

- 1) Minimální příprava před vstupem do terapeutické komunity(preteterapie).
- 2) Častá větší strukturovanost terapeutických skupin. Terapeut musí být zpravidla aktivnější, přinášet podněty a práci skupiny často podněcovat. To se může dít např. tím, že se terapeut po kruhu ptá jednotlivých členů na jejich názor, volí určitá témata, přináší náměty. Skupiny závislých pacientů totiž bývají pasivnější než např. skupiny pacientů s neurózou. Někdy terapeut pracuje po určitou dobu individuálně ve skupině s jejími jednotlivými členy. Teprve později, když skupina začne dobře pracovat, se terapeut stahuje do pozadí. Terapeut tedy na druhé straně nedělá práci, kterou dokáže skupina zvládat sama.⁸¹

⁷⁸ Srov. MIOVSKÝ, M., BARTIŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 37. ISBN 80-86734-05-6

⁷⁹ Srov. tamtéž str. 38

⁸⁰ Srov. tamtéž str. 38

⁸¹ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s.78, ISBN 80-85121-52-2

- 3) Skupina by měla být bezpečným místem, kde je možné se svěřit, aniž by člověk riskoval posměch, nebo nepochopení.
- 4) Konfrontace, pokud je nutná, by měla být vyvážena emoční podporou a empatií. To je zvláště důležité u ambulantně léčených pacientů, kteří by při málo citlivém postupu mohli snadno recidivovat nebo léčbu přerušit.
- 5) Terapeut by měl podporovat kohezi a vzájemnou emoční podporu ve skupině. Neměl by ale posilovat identifikaci členů skupiny s alkoholovou nebo drogovou subkulturou, ale naopak jim usnadňovat cestu k jiným lidem.
- 6) Často bývá užitečný humor, pozitivní zpětná vazba, posilování sebevědomí a změna vztahového rámce. Například recidivu lze přeznačkovat jako tvrdou, ale ve svých důsledcích cennou životní zkušenost.
- 7) Terapeut by se neměl příliš obávat toho, že ze strany pacienta vůči němu vznikne příliš silná citová vazba. Nepovažovali bychom ji za přenos v psychoanalytickém pojetí, který pouze opakuje dřívější relevantní vztahy, ale za často autentický vztah, který není dobře předčasně ukončovat. Daleko vhodnější je vztah převést na vyšší rovinu, např. z déle abstinujících pacientů se časem stávají velmi cenní a prospěšní lidé-terapeuté.
- 8) Psychoterapie závislostí je náročná, psychoterapeut by měl mít možnost své případné problémy v práci s někým zkušeným konzultovat a měl by projít nebo procházet přiměřeným výcvikem a přípravou.⁸²

⁸² Srov. NEŠPOR, K. CSÉMY, L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s.78. ISBN 80-85121-52-2

6. BEHAVIORÁLNÍ A KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ POSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

6.1 Základní vymezení behaviorální terapie

Ideologickým základem behaviorální terapie je tradičně teorie učení, ačkoliv se vědci neshodují, o kterou teorii učení jde, zda je to teorie Pavlova, Hullova, Skinnerova, Mowrerova nebo některá jiná.

Všechny behaviorální přístupy v principu vycházejí z teorie učení, ale sám pojem *behaviorální* terapie může označovat: - soustavu technik,

- aplikaci určitých konceptuálních principů,
- uplatnění metodologického stylu (Jakobson 1993).

Autoři J.O. Prochaska a J.C.Norcross uvádějí, že prudký nárůst počtu behaviorálních a kognitivně-behaviorálních technik během 70.a 80. let se vzpírá jakékoli snaze používat termín k označení jednotného souboru technik. Proto se pojem „behaviorální terapie“ používá většinou pro konceptuální behaviorismus, metodologický behaviorismus nebo nesprávně definovanou kombinaci obou.⁸³

Behaviorální terapeuty spojuje podle Stanislava Kratochvíla přesvědčení, že poruchy chování nejrůznějšího typu jsou v podstatě naučenými reakcemi. Je-li například neurotické chování naučené, musí se řídit experimentálně zjištěnými zákony učení, a tedy podléhat i přecvičování a odučování. Zatímco např. v rogersovské a existencionální psychoterapii techniky ustupují do pozadí, je zde důraz kladen vysloveně na techniky. Je nutno najít přiměřenou nacvičovací nebo přecvičovací techniku, která příznak odstraní nebo chybějící reakci doplní. K vyléčení tak nevede změna v myšlení, nýbrž přímá změna v jednání.⁸⁴

Konceptuálně byla behaviorální terapie charakterizována teoretickými a technickými rozdíly od ostatních psychoterapeutických systémů. Charakteristika behaviorální terapie tak spočívá v primátu chování, významu učení, direktivním a aktivním pojetí léčby ve významu behaviorálního hodnocení výsledků ve využití poznatků v každodenním životě. O'Leary a Wilson(1987) uvádějí následující základní charakteristiky behaviorální terapie:

⁸³ Srov. PROCHASKA, J.O.,NORCROSS, J.C.*Psychoterapeutické systémy*, překl.4.vydání. Praha: Grada Publisching, 1999, s.219. IBSN 80-7169-766-4

⁸⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*,2.dopl.vyd. Praha: Portál 1998. s. 59. IBSN 80-7178-280-7

- abnormální chování většinou vzniká a udržuje se na základě stejných principů, které platí pro normální chování,
- abnormální chování je většinou možné změnit uplatněním principů sociálního učení,
- behaviorální hodnocení je souvislým procesem a zaměřuje se na současné determinanty chování,
- lidi lze nejlépe popsat tím, na co myslí, co cítí a dělají ve specifických životních situacích,
- léčba vychází z teorie a výsledků výzkumů vědecké psychologie,
- léčebné metody lze přesně specifikovat a opakovat,
- léčbu lze přizpůsobit individuální povaze problémů a lidí,
- léčebné cíle a metody se uplatňují po vzájemné dohodě s klientem,
- výzkum hodnotí vliv určitých terapeutických technik na specifické obtíže,
- výsledek je hodnocen vzhledem k navozené změně chování, její generalizaci v reálných životních podmínkách a k jejímu setrvání v čase.⁸⁵

V současné behaviorální terapii existuje ohromné množství technik, soubor široce přijímaných, ale často diskutovaných konceptuálních předpokladů a společná metodologická orientace s mnoha metodami, které se hodí k testování terapie. J.O.Prochaska a J.C.Norcross rozlišují v závislosti na třech hlavních faktorech používaných v behaviorálních terapiích, a to: podmiňování, manipulací s následky a kognitivně-behaviorální modifikací na tři základní směry :

- 1) Směr-reprezentovaný Josephem Wolpem a jeho teorií recipročního útlumu či protipodmiňování.
- 2) Směr tradičně označovaný jako modifikace chování vychází a zaměřuje se na operantní podmiňování. Při léčbě poruch chování se tento přístup soustředí hlavně na změnu následků, které chování ovládají.
- 3) Směr-který nemá jasné výchozí předpoklady, jedná se o behavioristy, kteří používají kognitivního výkladu a kognitivních technik k dosažení změny v chování.⁸⁶

⁸⁵ Srov. PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy*, překl.4.vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s.220. IBSN 80-7169-766-4

⁸⁶ Srov. tamtéž str. 221

6.2 Behaviorální terapie v léčbě závislostí

Podle M. Miovského mají behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy v oblasti léčby závislostí dominantní přístup. Důvodů k tomuto současnému stavu je mnoho, mezi významné příčiny tak patří kromě velkého množství terapeutů hlásících se k tomuto přístupu také publikačně bohaté zastoupení a výrazné zastoupení na akademické půdě.⁸⁷

Behaviorální teorie jsou založeny na psychologických principech učení, které byly popsány na základě experimentů se zvířaty a lidmi v průběhu posledních 75 let. Podle behaviorální teorie vyplývá závislost z interakce faktorů, které způsobují užívání na základě jedinečných rysů jedince a prostředí. Ač jednoznačně respektují „bio-psycho-sociální“ pohled na původ závislostí, mají behaviorální teorie sklon minimalizovat příčinný vliv genetických faktorů a kladou místo toho větší důraz na interakci faktorů prostředí, biologických komponent určujících temperament a konstituci a procesů učení. Předpokládá se, že specifická povaha jejich interakce může vyvolat závislost.⁸⁸

Frederick Rotgers popisuje sedm obecných předpokladů, které charakterizují behaviorální přístup k terapeutické změně a také základní předpoklady behaviorálních teorií závislostí a jejich léčby.⁸⁹

Jsou to : 1) Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory.- Tento předpoklad spočívá v tom, že přestože existuje hodně důkazů o biologickém a genetickém podmínění lidského chování, je převážně výsledkem procesu učení. Behavioristé předpokládají, že biologické faktory tvoří živnou půdu, ze které lidská zkušenost nechává vyrůstat individuální vzorce chování.

2) Stejně procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně. Z tohoto předpokladu, tak vyplývá, že stejné procesy, na jejichž základě se chování vyvíjí, mohou být využity tak aby pomohly člověku změnit nechtěné nebo nežádoucí chování.

⁸⁷ MIOVSKÝ, M.,BARTIŠÍKOVÁ .Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 39. IBSN 80-86734-05-6

⁸⁸ ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 154. IBSN 80-7169-836-9

⁸⁹ tamtéž str.145

3) Chování je z větší části určeno působením situačních a environmentálních faktorů.- Předpoklad popisuje vysokou důležitost situačních a environmentálních faktorů na utváření chování.

4) Skryté procesy jako myšlení a prožívání lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení. Chování, které se jeví jako vnitřní nebo skryté (myšlenky, pocity a fyziologické změny) lze obvykle změnit prostřednictvím aplikace principů teorie učení.

5) Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí. Tento předpoklad počítá s tím, že techniky by měly zahrnovat situace, ve kterých nové chování probíhá v situacích, které jsou pro klienty problematické. Zatímco nácvik nových dovedností a chování v prostředí ordinace je užitečný jakožto první krok ke změně chování, aktuální konfrontace problémových situací ve skutečném světě je považována za efektivnější cestu k podpoře trvalých změn chování.

6) Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu. Každý klient je jedinečný a vyžaduje v rámci behaviorální terapie hluboké porozumění.

7) Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika. Bez ucelené a zásadní diagnostiky při zahájení, která by stanovila, které specifické procesy učení působí v případě určitého klienta, jsou terapie a následné změny chování odsouzeny k nezdaru.⁹⁰

6.3 Základní procesy v behaviorální terapii závislosti

Existují tři základní procesy teorie učení, které se podílejí na vzniku, trvání a změně chování: klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou. Tyto tři procesy tvoří jádro většiny behaviorálních teorií léčby drogové závislosti.⁹¹

⁹⁰ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha, Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 145.ISBN 80-7169-836-9

⁹¹ Srov. tamtéž str.146

6.3.1 Klasické podmiňování

Klasické podmiňování je základním procesem učení, které poprvé podrobně experimentálně a systematicky studoval ruský fyziolog I. P. Pavlov(1927) a americký psycholog J.B.Watson(1919). V typickém vzorci klasického podmiňování je podnět (podmíněný podnět), který je původně neutrální, tzn. nevyvolává příslušný typ reakce (nepodmíněná reakce) doprovázen ve stejném čase a místě jiným podnětem (nepodmíněný podnět), který vyvolává požadovanou reakci. Po opakované expozici začne podnět vyvolávat reakci, která je velmi podobná požadované.

Teorie klasického podmiňování tak vytvořila základ pro přinejmenším čtyři významné metody léčby závislostí a to: 1) Techniku vystavování podnětům.

2) Techniku kontroly podnětu.

3) Návěk relaxace.

4) Senzitivizace a jiné techniky averzivní terapie.⁹²

Dále se teorie klasického podmiňování podílela na vytvoření teoretického základu pro návěk odmítání konzumace alkoholu.

6.3.2 Operantní podmiňování

Operantní podmiňování je formou učení, jež je převážně spojována s prací B.F.Skinnera(1953). Operantní podmiňování se vyskytuje hlavně v souvislosti se záměrným chováním, které se stupňuje nebo zmírňuje v závislosti na reakci okolí. Při aplikaci operantní teorie na léčbu závislostí se teoretici obvykle zaměřují na zpevňující funkci drog-látek jako na hlavní faktor, který určuje jejich další užívání. Operantní teorie nabízí výkladové schéma pro otázku, co vede osoby užívající drogy k dalšímu užívání, navzdory mnoha negativním a poškozujícím důsledkům, které může toto užívání způsobit. Autoři ovlivnění touto teorií zjistili, že zpevňující faktory, které fungují v době blízké chování, které chceme ovlivnit, mají být jsou třeba slabší větší dopad na chování než zpevňující podněty nebo trestající podněty, které se objeví ve větším časovém odstupu. Při operantních teoriích používaných v rámci

⁹² Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 148.ISBN 80-7169-836-9

behaviorálních terapií se tak pracuje s různými metodami zpevnování chování. Specifická metoda léčby drogové závislosti vzniklá v přímé návaznosti na operantní podmiňování je například technika zpevnění ve skupině Azrina a Sissona.⁹³

6.3.3 Učení nápodobou

Učení nápodobou je třetím základním procesem učení, který byl používán při vytváření behaviorálních teorií léčby drogové závislosti. Z těchto tří základních procesů učení se zdá být učení nápodobou tím nejefektivnějším, který dokáže nejrychleji vytvářet nově naučené chování.

Učení nápodobou se výrazně projevuje při zniku závislostí u adolescentů. Když se chce dospívající přátelit s vrstevníky, kteří berou drogy, a přitom je považuje za atraktivní a oblíbené, může se naučit závislému chování poměrně rychle. Efektivita učení nápodobou vedla k tomu, že začalo být využíváno jako hlavní součást procesu behaviorální léčby.⁹⁴

Závislí lidé často postrádají behaviorální dovednosti, které by jim mohly umožnit vyrovnat se situacemi, které předtím vyvolaly užívání drogy. Lidé, kteří nejsou dostatečně asertivní nebo nejsou schopni účinně odmítat nebo kteří podléhají neadekvátním myšlenkám, jež vedou k braní drog, se mohou naučit novým dovednostem a myšlenkovým postupům prostřednictvím pozorování jedinců, kteří těmito schopnostmi disponují, a mohou pozorované napodobovat. Teorie učení nápodobou tudíž poskytuje teoretickou základnu pro metody psychologických dovedností jako jsou např. relaxace, sebevědomý přístup, zacházení se zlostí. Téměř každá nová forma chování, která přímo nevyužívá interakci mezi opakujícími se podněty vnějšího prostředí a klientovými reakcemi, může být získána nebo posilována prostřednictvím procesu učení nápodobou.⁹⁵

⁹³ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 149. ISBN 80-7169-836-9

⁹⁴ Srov. tamtéž str. 150

⁹⁵ Srov. tamtéž str. 150

6.4 Kognitivně-behaviorální alternativa

Další vývoj behaviorální terapie vedl ke snahám rozšířit behaviorální model o důraz na subjektivní děje a podtrhnout patogenní i terapeutickou roli kognitivních procesů. Přes deklarativní důraz behaviorálního směru na vnější podněty a vnější chování jako protiklad k nespolehlivým subjektivním údajům pracuje například již i Wolpeho metoda systematické desenzibilizace s představami, tedy se subjektivními zážitky. Další autoři věnovali subjektivním zážitkům ještě větší pozornost. Např. Cautela vytvořil techniku „vnitřní senzibilizace“ při níž se v představách opakovaně spojuje nežádoucí chování s nepříjemnými důsledky. Trendy v behaviorální psychoterapii, které připisují značný význam i subjektivním dějům a využívají je terapeuticky, se začaly označovat jako kognitivně-behaviorální terapie (Mahoney 1974, Meichenbaum 1977). Využívají i některých koncepcí a technik, které původně vycházejí z jiných teoretických východisek než behaviorální terapie, např. racionálně-emoční terapie A. Ellise a kognitivní terapie A. Becka, které tvrdí, že základem psychopatologie je iracionální myšlení.⁹⁶

Podle autorů Praška a Šlepeckého i přesto, že vystupovaly zpočátku oba přístupy odděleně se v 80. letech ukázalo, že v praxi nelze oba přístupy od sebe oddělit. Každá behaviorální terapie, má-li být úspěšná, musí vést ke změně stylu myšlení a postojů klienta a každá kognitivní terapie, má-li její účinnost přetrvat, musí prokázat platnost a užitečnost nově zformulovaných myšlenek a postojů pomocí změny chování klienta v běžném životě.⁹⁷

6.4.1 Hlavní rysy kognitivně-behaviorální terapie

Při kognitivně-behaviorálním typu léčby terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů je pomáháno pacientovi hodnotit a měnit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. K hlavním rysům kognitivně-behaviorálního terapie tak patří:

- krátkost a časová omezenost (do 20 až 30 sezení),

⁹⁶ Srov. PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy*, překl. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 230. IBSN 80-7169-766-4

⁹⁷ Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch*. Praha: psychiatrické centrum, 1995. s. 33. IBSN 80-85121-98-0

- otevřená aktivní spolupráce jako základ vztahu mezi terapeutem a pacientem,
- východisko v teoriích učení,
- zaměření na přítomnost,
- zaměření na konkrétní ohraničené problémy,
- zaměření na to, co je pozorovatelné a vědomé,
- stanovení konkrétních funkčních cílů,
- směřování k soběstačnosti klienta,
- důraz na vědeckost.⁹⁸

6.4.2 Kognitivní změna chování-teorie sociálního učení v léčbě závislostí

Kognitivní změna chování je čtvrtý základní proces chování, který začali behaviorální autoři od 70.let využívat pro své úvahy o léčení závislostí. Několik teoretických behaviorálních konceptů léčby závislostí klade důraz na roli různých kognitivních procesů pro vznik, udržování a změny závislého chování (Goldman Brown Christiansen, 1987, Sher 1987). Tyto kognitivní teorie se liší v tom, jaký důraz kladou na kognitivní mediátory, ale všechny se odvolávají na proces změny chování založený na třech základních procesech učení v rámci léčby. Teorie sociálního učení představuje rozšíření teorie klasického podmiňování, operantního podmiňování a učení nápodobou především o kognitivní procesy, které zprostředkovávají regulaci psychických procesů vycházejících z obecného učení. Teorie sociálního učení stručně řečeno předpokládá, že lidské chování je výslednicí kombinace klasického podmiňování a učení nápodobou, které vyvolávají nejen vnější chování, ale vedou také ke vzniku vzorců myšlení a cítění, které určují a formují chování.

Teorie učení pohlíží na užívání drog jako na selhání schopnosti zvládat situaci. Toto selhání může být zapříčiněno kombinací nevhodného podmiňování, zpevňujících souvislostí, učení nápodobou nevhodných chování, selhání v učení nápodobou vhodných schopností zvládat problémy a potlačené sebedůvěry ve vlastní schopnosti, které by zvýšily schopnost řešit problémy a byly navíc oceňovány. Na základě tohoto pohledu využívají metody léčby závislosti založené na teorii učení především tréninku a procvičování dovedností.⁹⁹

⁹⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, 2.dopl.vyd. Praha: Portál 1998, s. 77. IBSN 80-7178-280-7

⁹⁹ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání,1999. s. 151. IBSN 80-7169-836-9

6.4.3 Jiné kognitivní teorie v léčbě závislostí

Jako další kognitivní teorie uplatňující se při léčbě drogových závislostí jsou racionálně-emozivní terapie (RET) A. Elise a kognitivní terapie A. Becka. Přes určité odlišnosti obou zmíněných terapií považují oba přístupy za hlavní etiologický faktor emočních poruch a užívání drog myšlení.¹⁰⁰

6.5 Specifické behaviorální a kognitivně-behaviorální techniky používané v léčbě závislostí

Autoři K. Nešpor a L. Csémy uvádí jako hlavní kognitivně-behaviorální postupy používané při léčbě závislostí jak u skupinové, tak i individuální terapie zejména:

- 1) Nácvik zvládnání obtížných situací - tato behaviorální technika vychází z nácviku zvládnutí obtížné situace a bývá často kombinována i s metodou psychodramatu.
- 2) Jako další je uváděna Marlattova koncepce prevence recidivy (Marlatt a Gordon 1985).
- 3) Nácvik vícestupňové obrany - tato metoda navazuje na Marlattovu koncepci a je přirovnána k obraně středověkého města, které má systém opevnění.
- 4) Nácvik intrapersonálních a interpersonálních dovedností - nácvik těchto dovedností je užitečnou strategií prevence recidiv.
- 5) Zvládnání touhy po návykové látce (craving)- je také častý postup, který doplňuje předchozí postupy, důležité je opět rozpoznání situací.

Jako další kognitivně-behaviorální metody uvádí autoři Nešpor a Csémy :

- elaboráty a domácí praxe,
- asertivní trénink,
- sebeodměňování a posilování pozitivního chování,
- vyhasínání - jedná se o behaviorální postup užívaný při léčbě závislostí na drogách, jeho cílem je nechat vyhasnout spouštěče, tedy podněty, které aktivovaly závislost,
- terapeutický kontrakt,
- životní styl a tělesné cvičení.¹⁰¹

¹⁰⁰ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha, Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 152. ISBN 80-7169-836-9

¹⁰¹ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s.74. ISBN 80-85121-52-2

Jako hlavní techniky kognitivně-behaviorální terapie při léčbě závislostí uvádí T.J.Morgan:

- averzivní léčbu,
- elektrickou averzi,
- chemickou averzi,
- skrytou senzibilaci,
- expozici podnětu,
- behaviorální nácvik sebekontroly,
- terapii s širší působností jako např. nácvik asertivity , zvládnání stresu, nácvik sociálních dovedností apod.¹⁰²

Autoři Praško a Možný zmiňují jako přímé kognitivně-behaviorální intervence:

- poskytnutí informací o bezprostředních a dlouhod.účincích drogy,
- změnu vztahu k požívání drogy pomocí rekapitulace problémů,
- odstranění nedostatků, které jsou požíváním drogy kompenzovány,
- odstranění faktorů okolí, jež chrání klienta před negativním, dopadem důsledků jeho závislosti,
- vytvoření nových vzorců chování,
- vytvoření záchranné sítě a alternativního chování v okamžicích stresu,
- restrukturalizace přesvědčení a postojů, které závislost podporují,
- příprava plánu na zvládnutí relapsu.¹⁰³

6.6 Struktura behaviorální a kognitivně-behaviorální intervence v léčbě závislostí

Behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie vykazují při práci s klientem určité obecné charakteristické rysy, nebo-li určitý postup: 1) vybudování terapeutického vztahu, 2) povzbuzení motivace ke změně, 3) důkladné posouzení současných problémů pacienta prostřednictvím funkční analýzy, 4) vytvoření a stanovení terapeutických cílů a 5) hodnocení pokroků v terapii.¹⁰⁴

¹⁰² Srov. MORGAN, J.T. Techniky behaviorální terapie závislostí. In ROTGERS,F. a kol.,*Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 170-176. ISBN 80-7169-836-9

¹⁰³ Srov. MOŽNÝ, P.PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999. s 265. IBSN- 80-7254-038-6

¹⁰⁴ Srov. MORGAN, J.T. Techniky behaviorální terapie závislostí. In ROTGERS,F. a kol.,*Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání,1999. s. 165-169. ISBN 80-7169-836-9

6.7 Výhody a nevýhody behaviorálních a kognitivně-behaviorálních přístupů v léčbě závislostí

F. Rotgers míní, že terapeutické přístupy k léčbě závislostí založené na behaviorální teorii mají mnoho výhod oproti jiným v současné době dostupným léčebným metodám. To dokazuje i míra, s jakou byly koncepce původně vyvinuté behavioristy (např. Marlattova koncepce prevence relapsu) integrovány, i když často v pozměněné formě, do praxe terapeutů, vycvičených v jiných metodách (Morgenstern McCrady, 1992) F. Rotgers tak v této souvislosti uvádí sedm nesporných výhod, které mají behaviorální a kognitivně behaviorální přístupy.¹⁰⁵

- Jsou to: 1) Flexibilita v přístupu ke specifickým potřebám klienta.
- 2) Ochotná spolupráce klientů díky vysoké míře jejich zapojení do plánování léčby a výběru cílů.
- 3) Solidní zakotvení v psychologické teorii.
- 4) Důraz na sepětí vědeckých poznatků s léčebnou praxí.
- 5) Jasná měřítky zhodnocení pokroku v léčbě.
- 6) Delegování změn v chování na samotné klienty.
- 7) Značné empirické a vědecké důkazy o efektivitě.¹⁰⁶

I přes mnohé výhody mají současné behaviorální metody několik nevýhod. Tyto nevýhody souvisejí více se současným stavem vědeckého poznání než s vlastními potížemi behaviorálně orientovaných přístupů. Je pravděpodobné, že díky rostoucímu vědeckému poznání tyto nevýhody zmizí. V současnosti je lze považovat za „limity“ behaviorálních přístupů.¹⁰⁷

F. Rotgers uvádí zhruba čtyři nevýhody, které jsou spojeny s těmito přístupy:

- 1) Zatímco je důkaz o diferenciální efektivitě behaviorálních přístupů, není jasný přesný důvod, proč tomu tak je. Například není jasná míra, do jaké klienti skutečně používají dovednosti, kterým se naučili v průběhu léčby, a rovněž nejasný je vztah užívání těchto dovedností k relapsu nebo udržení změny.

¹⁰⁵ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl. vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999. s. 159. ISBN 80-7169-836-9

¹⁰⁶ Srov. tamtéž str. 159

¹⁰⁷ Srov. tamtéž str. 161

2) Existuje zřetelný a překvapivý nedostatek empirických důkazů výhodnosti zařazení procesu prevence relapsu do léčby jako prostředku prodloužení dlouhodobých výsledků léčby. Přestože některé údaje naznačují, že osoby disponující technikami prevence relapsu jsou schopny omezit délku a závažnost těchto relapsů, celkový předpokládaný přínos zavedení technologií prevence relapsu nebyl ještě příliš výrazně empiricky ověřen (Wilson, 1992).

3) Třetí nevýhoda spočívá v tom, že existuje málo terapeutů, kteří prošli dobrým behaviorálním nebo kognitivně-behaviorálním tréninkem, a některé aspekty behaviorálního přístupu někteří tradičnější terapeuti jednoznačně odmítají. Přesněji řečeno, zastánci tradičnějších přístupů odmítají možnost kontrolovaného užívání jako terapeutického cíle, přestože existují důkazy o tom, že kontrolované užívání je za určitých okolností přinejmenším stejně běžným výsledkem terapie jako naprostá abstinence.

4) Poslední nevýhoda spočívá v tom, že řadu terapeutů, zvláště ty, co prošli terapeutickým modelem dvanácti kroků, zneklidňuje chybějící důraz na spirituální aspekty závislosti. Přestože behaviorální nebo kognitivně-behaviorální přístup není sám o sobě v rozporu se spirituálním pojetím léčby závislosti, je v rozporu s konceptem bezmoci, který spirituální pojetí často zastává. Pro ty, kteří se při své práci opírají více o osobní víru než o vědecké důkazy, to může být nepřekonatelnou překážkou pro použití behaviorálních a kognitivně-behaviorálních technik v praxi.¹⁰⁸

7. SPIRITUÁLNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

7.1 Spiritualita a závislost

Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Srov. ROTGERS, F. Behaviorální teorie léčby drogové závislosti-apl.vědeckých postupů v praxi. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1.vydání, 1999. s. 161. ISBN 80-7169-836-9

¹⁰⁹ Srov. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I., mezioborový přístup*, Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91. ISBN 80-86734-05-6

Pavla Doležalová k problému spirituality u návykových nemocí píše: Spirituality lze chápat jako individuální rozměr lidských potřeb, jako cestu k osobním hodnotám, spokojenosti, moudrosti a smyslu života. Spiritualita může být obsažena v různých rituálech a propojuje se s náboženskostí a duchovními zážitky. Spirituální tak mohou být i různé vrcholné zážitky, extatické zážitky ve spojení s přírodou, uměním nebo i zážitky při psychedelickém opojení nebo holotropním dýchání. Religiozita jako fenomén společnosti věřících se v současnosti stává více věcí soukromou a spiritualita může být s religiozitou úzce provázána.¹¹⁰

S novými trendy je pojem spirituality vnímán jako nábožensky neutrální. Dále pak také píše, přestože je spiritualita pojem neutrální v určité míře je obsažena v religiozitě, která výrazně ovlivňuje život nábožensky orientovaného člověka a společnost obecně. Rozvoj spirituality má příznivý vliv na zdraví a významně ovlivňuje kvalitu života. Pozitivní vliv přirozeného duchovního růstu člověka se odráží v jeho vyrovnání se s těžkostmi. Psychoterapie zaměřená na rozvoj spirituality může ovlivnit proces vnitřních změn struktury osobnosti. Při léčbě alkoholových závislostí používají Anonymní alkoholici „dvanáct kroků“ a „dvanáct tradic“ jako účinný program, který vychází z klasického křesťanství. Terapeuti by tak neměli podceňovat intervenci ve spirituálních tématech, protože spiritualita a religiozita jsou velkým tématem v individuální i skupinové terapii. Spiritualita tak hraje důležitou roli při léčbě závislostí a terapeutické intervence musí respektovat víru klienta a musí být velmi citlivé k spirituálním potřebám klienta.¹¹¹

John Wallace k problému spirituality u návykových nemocí uvádí, že spiritualita je čtvrtou a poslední dimenzí modelu onemocnění v bio-psycho-socio-spirituálním pohledu. A je proto důležité poukázat na vliv požívání alkoholu a drog na duchovní život člověka. U mnoha lidí vrcholí nadměrné pití a užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života.¹¹²

Morální hodnoty se mohou zkompromitovat nevypočitatelným chováním, nutkáním a motivacemi v intoxikaci. Nejistota a zmatek poznamenává s prohlubující se závislostí poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich dosažení. Dá se říci, že alkoholici a jiní závislí jsou jako „lodě bez kormidelníka na rozbouřeném moři“.

¹¹⁰ Srov. DOLEŽALOVÁ, P. Spiritualita a zdraví při léčbě závislostí. *Adiktologie*, 2005, roč. 5, č. 2, s. 286

¹¹¹ Srov. tamtéž str. 286

¹¹² Srov. WALLACE, J. Teorie modelu dvanácti kroků. In ROTGERS, F. a kol., *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999. s. 21. ISBN 80-7169-836

Mnoho alkoholiků popisuje hrozné pocity prázdnoty a ztráty smyslu, které charakterizují období aktivního pití. Pocit zoufalství je častým důsledkem alkoholismu, ale také podnětem k dalšímu pití. Nic nemůže vnitřní prázdnotu alkoholiků a drogově závislých naplnit stejně jako alkohol a drogy. Nevadí ani, že stály na počátku zoufalství z duchovní prázdnoty, odcizení a utrpení, neboť mají schopnost tyto nepříjemné stavy rychle „napravit“. Tato „náprava“ je samozřejmě vždy jen dočasná a po ní obvykle následuje ještě větší stres. Aktivní alkoholici a závislí se však nezabývají „trestem“, který přichází se „zpožděním“. Okamžitá úleva od nepříjemných stavů je vede k tomu, že se rozhodují v rozporu se svými zájmy.¹¹³

7.2 Spiritualita v léčbě návykových nemocí

Autoři Nešpor a Csémy uvádějí ve svém článku, že se nově ukazuje, že spiritualita a religiozita má pozitivní efekt na postoje ke zdraví a chování dospívajících. U závislých na návykových látkách je vyšší religiozita a spiritualita spojena s optimističtější životní orientací, větším pocitem sociální podpory, vyšší odolností vůči stresu, nižší úzkostí (Pardini a kol., 2003). Spiritualita negativně koreluje s kouřením a pitím v tazích (Leigh a kol., 2005). Častější návštěva náboženských obřadů je spojena s nižší prevalencí kouření tabáku. Obdobný výsledek přinesl i výzkum prevalence kuřáctví v ČR.¹¹⁴

Výskyt denního kouření byl mezi věřícími o 11 procent nižší než mezi nevěřícími (Sovínová a kol., 2003). Benda (2004) považuje „spirituální probuzení“ spolu se sociální podporou a spokojeností v zaměstnání za tzv. „transformující zkušenosti“, které mírní následky zneužívání v dětství, následky válečných traumat a deprese u veteránů či následky u bezdomovců zneužívajících psychoaktivní látky. Poage a kol. (2004) dokonce uvádějí, že délka abstinence v jejich souboru více souvisela se spiritualitou než pocitem spokojenosti nebo mírou stresu. Většina klientů terapeutické komunity pro závislé na drogách Daytop byla přesvědčena, že spiritualita by měla být v jejich ústavní léčbě více zastoupena (Dermatis a kol. 2004). Kvalita následného doléčování po ústavní léčbě a religiozita byly spojeny s dobrými výsledky léčby osob zneužívajících drogy a léčených z rozhodnutí soudu (Brown

¹¹³ Srov. WALLACE J. Teorie modelu dvanácti kroků. In ROTGERS, F. a kol., *Léčba drogových závislostí*, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999. s. 21. ISBN 80-7169-836

¹¹⁴ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Spiritualita u návykových nemocí*. (online). Drogový informační server, (cit. 15.4.2007). Dostupné na : http://www.drogy.net/clanek/spiritualita-u-navykovych-nemoci_2006_07_12.html

a kol.,2004). Svépomocná organizace Anonymní alkoholici má jasné spirituální kořeny, i když je otevřena i ateistům¹¹⁵

7.3 Spiritualita lidí s návykovými nemocemi

Na otázku autorů Nešpora a Csémyho položenou lidem, kteří mají problém s návykovou nemocí, zda žijí duchovním životem, odpověděla většina z nich negativně. Když ale pak s abstinujícími bývalými pacienty hovořili důkladněji a ve smyslu širšího pojetí spirituality, (jak ji popsali autoři Martsolf a Mickey 1998), kteří považují pro spiritualitu za klíčové prvky:

- smysluplnost-důležitost života, smysl životních situací, odvozování jejich účelnosti,
- hodnoty-ceněná přesvědčení a hodnotová měřítka,
- transcenci-zkušenosti s dimenzí přesahující osobní já a oceňování této dimenze.
- spojení -vztahy k sobě, druhým lidem, Bohu nebo vyšší síle a prostředí,
- stávání se -rozvíjení života, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává.¹¹⁶

Ukázalo se, že je tomu jinak. To pak dokládají konkrétními příklady, kdy například jeden z abstinujících popisoval zážitky hlubokého klidu v kostele, když doprovází starou matku na bohoslužby, protože by tam sama nedošla. Jiný abstinující doslova řekl: „Spiritualita je obsažena i v psychoterapii“. Další abstinující se přihlásil na univerzitu třetího věku a zvolil si jako předměty studia antickou a orientální filosofii. Další popisuje duchovní zážitky a čerpání síly v přírodě. Ve výpovědích se pak objevily například také různé citáty se spirituální a duchovní tematikou apod.¹¹⁷

7.4 Hnutí anonymních alkoholiků(AA)

Je známo, že u zrodu laického terapeutického hnutí anonymních alkoholiků stál žák Sigmunda Freuda C.G.Jung. Všechno začalo ve dvacátých letech tohoto století C.G.Jung měl ve své péči pacienta, který byl debaklovým způsobem závislý na alkoholu. Asi rok se u Junga

¹¹⁵ Srov. NEŠPOR.K,CSÉMY.L, *Spiritualita u návykových nemocí*.(on-line).Drogový infor.ser.,(cit.16.4.2007). Dostupné z: http://www.drogy.net/clanek/spiritualita-u-navykovych-nemocí_2006_07_12.html

¹¹⁶ Srov. Tamtéž

¹¹⁷ Srov. Tamtéž

ze své závislosti léčil- bezvysledně. Jung prý nakonec rezignoval a prohlásil, že není v jeho silách mu pomoci. Ujistil ho ovšem, že mu dává jakousi naději, pokud se obrátí na náboženskou víru a dodal: „Slyšel jsem o pár lidech, co prošli náboženskou konverzí a přestali pít“. Trvalo to prý šest let. Jungův pacient se mezi tím setkal s lidmi, kteří mu zprostředkovali intenzivní náboženskou víru a sám prožil obrácení ke křesťanství. A skutečně přestal pít. Po nějaké době narazil na jednoho ze svých dávných pijanských přátel jménem Ebby. Po dlouhém rozhovoru se i Ebby pokusil o abstinenci a začal hledat náboženskou víru. Jemu to trvalo dva roky a přestal pít. A když Ebby potkal dalšího alkoholika jménem Bill, začal i ten hledat obrácení a po několika týdnech rovněž přestal pít. Pod dojmem tohoto úspěchu Bill zorganizoval první schůzku lidí, kteří se odhodlali k léčbě své závislosti pomocí spirituální proměny života. Začali si říkat Anonymní alkoholici a Bill W. pro ně zformuloval základní dvanáctikrokový program léčby. To vše se stalo v městě Akron ve státě Ohio, v červnu roku 1955.¹¹⁸

Anonymní alkoholici (dále jen AA) jsou celosvětovým hnutím, sdružujícím více než 1,6 miliónu lidí po celém světě a jeho skupiny pracují od roku 1990 i u nás, AA.se ve své činnosti řídí „12 kroky“ a „12 tradicemi“, které obsahují konkrétní návody na vyrovnání se s problémem závislosti na alkoholu (od přiznání porážky ve vztahu k alkoholu přes poctivou bilanci dosavadního života, nápravu chyb omylů, přes pokoru až po pomoc ostatním, zatím ještě trpícím alkoholikům).¹¹⁹

7.4.1 Dvanáct kroků a dvanáct tradic AA

Revoluce, kterou vznik Anonymních alkoholiků v medicíně způsobil, není podle autorů Nešpora a Csémyho ještě plně doceněna. Tvrdí, že právě vznik této organizace vedl k tomu, že zdravotníci začali pacienty více a více považovat za partnery a spolupracovníky. Anonymní alkoholici vznikli dříve než první terapeutické komunity a jejich vznik předcházeli i dnes rozšířeným klubům diabetiků, kardiaků apod.¹²⁰

¹¹⁸ Srov. PITA, D. *Nezdravá závislost*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. s 6. Překl. z angl orig. Addictions Counseling. A practical Guide to Counseling People with Chemical and Other Adductions. ISBN-80-7192-377-X

¹¹⁹ Srov. HELLER, J. PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. s.112. ISBN 80-7169-277-8

¹²⁰ Srov. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s.106. ISBN 80-85121-52-2

Jednotlivé kroky zní takto:

- 1) Přiznali jsme si svoji bezmocnost vůči alkoholu-naše životy začaly být neovladatelné.
- 2) Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
- 3) Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
- 4) Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru a revizi sami sebe.
- 5) Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
- 6) Byli jsme zcela svolni s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
- 7) Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
- 8) Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
- 9) Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
- 10) Pokračovali jsme v provádění morální inventury a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
- 11) Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
- 12) Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.¹²¹

Samotný průběh setkání anonymních alkoholiků má určitou strukturu a většinou probíhají bez účasti profesionálů, vede je vždy jeden z déle abstinujících alkoholiků. Setkání bývá zahájeno vzájemným představením účastníků, které má tradiční podobu:

Člen řekne: „Já jsem Jan a jsem alkoholik“.

Skupina odpoví: „Ahoj Jene“.

Ten může dále vyprávět o sobě, sdělit své zkušenosti se situací podobnou Janově, skupina neradí, nepřikazuje, neklade podmínky, nemoralizuje. Setkání bývá ukončeno modlitbou AA, která je vypůjčená od Marka Aurelia: „*Pane dej mi sílu, abych přijal to, co změnit nemohu, odvahu, abych změnil to, co změnit mohu a moudrost, abych uměl odlišit jedno od druhého.*“ Setkání mohou být buď uzavřená, pouze pro alkoholiky, kde mohou být probírány jednotlivé

¹²¹ NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha: 1.vyd. Psychiatrické centrum, 1996. s.107. ISBN 80-85121-52-2

osobní problémy, nebo se řeší důkladně některý ze dvanácti kroků, nebo otevřená a to i pro ty, kdo se o problematiku zajímají (rodina, přátelé, terapeuti).¹²²

7.4.2 Léčba pomocí teorie dvanácti kroků

John Wallace píše o teorii dvanácti stupňové léčby vycházející z modelu svépomocných skupin Anonymních alkoholiků (dále jen AA), ze které všechny 12 stupňové programy vycházejí, že nenabízí žádný jednoznačný výklad. Léčebné programy, které tím či oním způsobem využívají teorie dvanácti kroků AA, se tak vyznačují velkou nejednotností. Na AA se pohlíží spíše jako na „spolek“ nebo společenské hnutí, protože nedagnostikují, nepředepisují medikaci, nepíše léčebné plány a neprovozují skupinovou ani individuální terapii. Programy, které nezajišťují aspoň některou z těchto funkcí, nejsou tradiční léčbou. Přístup 12 kroků se přesto po určitou dobu stal neformálním bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti. Ačkoliv je to jazyk laiků a ne profesionálních psychologů či jiných vědců, je jazykem bohatým a vyčerpávajícím, vztahujícím se k mnoha fyzickým, psychologickým, sociálním a duchovním aspektům člověka.¹²³

V přímé souvislosti s hnutím anonymních alkoholiků a jiných podobných programů byl vytvořen program facilitace dvanácti kroků. Facilitace programu se zaměřuje na tzv. "časné fáze" léčby z alkoholové nebo drogové závislosti. Časné fáze léčby obecně znamenají proces, ve kterém se jedinec posouvá od problémového či nutkavého užívání alkoholu nebo drog směrem k abstinenci. Ten se typicky vyznačuje ambivalentní motivací, různě častými epizodami užívání a nutkáním ke konzumaci alkoholu a drog. Facilitace programu 12 kroků je časově omezenou intervencí (12-15 sezení). Je relativně strukturována a zaměřuje se na čtyři úkoly. Zahrnuje také krátký souběžný program pro lidi, kteří mají s pacienty blízký vztah, a volitelný program zahrnující práci s tématy spojenými s léčbou, jehož se účastní pacienti podle pokroku dosaženého v základním programu. Sezení, s výjimkou úvodního (diagnostického) trvají jednu hodinu a probíhají podle připraveného programu. Model využívá řadu metod včetně osvěty, konfrontace, povinné četby, psaní deníku a behaviorálních úkolů.¹²⁴

¹²² Srov. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. s.114. IBSN 80-7169-277-8

¹²³ Srov. WALLACE, J. Teorie modelu dvanácti kroků. In ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999, s. 17. IBSN 80-7169-836

¹²⁴ Srov. NOWINSKI, J. Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti. In ROTGERS, F. a kol., *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999. s. 35. IBSN 80-7169-836

Časnou léčbu lze rozdělit do zhruba dvou fází: přijetí a podrobení se. Přijetí se vztahuje k procesu, v němž jedinec překonává „popření“, nebo-li důvěru ve svoji schopnost kontrolovat užívání nebo dosáhnout trvalé abstinence pouhou silou vůle. Přijetí můžeme brát také jako náhled pacienta na to, že ztratil kontrolu. V kontextu facilitace programu 12 kroků se přijetí vyznačuje tím, že si pacient uvědomí jednak narůstající neschopnost řídit svůj život v důsledku užívání alkoholu nebo drog a dále to, že síla vůle sama o sobě nestačí k dosažení trvalé střízlivosti a kontroly nad svým životem. Jedinou schůdnou alternativou k pokračujícímu chaosu a osobnímu selhávání je proto obrácení důvěry k „vyšší síle“ a přijetí nutnosti abstinence.¹²⁵

AA a NA (anonymní narkomané) jsou programy zaměřené jak na činnost, tak i na náhled nebo spiritualitu. Za přijetím následuje podrobení se, jež představuje závazek klienta provést jakékoliv změny životního stylu, které budou nutné k dosažení vyléčení. Podrobení se vyžaduje činnost, včetně častých návštěv AA a nebo NA skupin, aktivní účasti na setkáních, četby AA/NA literatury, získání patrona, vyhledání AA, NA přátel a vzdání se lidí, míst a věcí, které by léčbu mohly ohrožovat. Činnost a závazek, které jsou charakteristickými znaky podrobení se, jsou do určité míry vedeny facilitátorem, ale také lidmi ze společenství 12 kroků, se kterými se pacient setkává, a s nimiž začíná budovat vztahy. Zařazením se do společenství 12 kroků se jak pacienti, tak terapeuti nevyhnutelně setkávají s celou řadou klíčových a možná neznámých pojmů, jako jsou duchovní koncept „vyšší síly“, zastávání se společenství oproti profesionálnosti, koncept skupinového svědomí a duchovního probuzení. Tyto koncepty jsou pro společenství 12 kroků a jejich filozofii léčby ústřední, a proto se s nimi musí praktici nejen dobře seznámit, ale musí se též připravit na diskusi o jejich významu v praxi.¹²⁶

8. HOLOTROPNÍ DÝCHÁNÍ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

8.1 Historie metody holotropního dýchání-HD

Metodu a techniku vytvořili spolu Stanislav a Christina Grofovi. Zavedení této techniky navazuje na výzkum psychedelických látek, který Stanislav Grof vedl. Při pečlivě vedených

¹²⁵ Srov. NOWINSKI J. Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislosti. In ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 1999. s. 36. ISBN 80-7169-836

¹²⁶ Srov. tamtéž str. 36

pozorováních si všiml častého spontánního jevu na konci LSD sezení. Lidé začínali spontánně zrychleně dýchat (hyperventilovat) a tato hyperventilace obvykle prohloubila jejich zážitek, případně aktivizovala symptomy neúplně vyjádřené. Později se instrukce k intenzivnímu dýchání stala součástí metodiky terapeutické práce s LSD k prohloubení a dynamizaci sezení. V 70. letech, když přišly všeobecné zákonné restriktce pro práci s psychedeliky, začal dr. Grof přemýšlet o technice a metodě, která by uváděla experimentujícího do stavu změněného vědomí bez pomoci nezákonných látek a dýchání se zdálo být klíčovým elementem.¹²⁷

Dýchání odedávna hrálo důležitou roli v kosmologii, mytologii, filozofii, bylo také důležitým nástrojem duchovní a rituální praxe, významným pojítkem mezi duší a tělem.¹²⁸

Sám Stanislav Grof k tomu ve své knize píše, že už po staletí je známo, že hluboké změny ve vědomí lze vyvolat technikami, které jsou založeny na dýchání. Starověké nezápadní kultury používaly širokého spektra takových procedur, od drastických zásahů až po jemně propracovaná cvičení, praktikovaná v různých duchovních tradicích. Například původní forma křtu tak, jak byl prováděn u křesťanské sekty Esejských, spočívala v násilném ponoření křtěného člověka pod vodu, což u něho způsobilo stav blízký smrti utopením. Tato drastická procedura tak vyvolala přesvědčivý zážitek smrti a znovuzrození. U jiných skupin byli zasvěcenci téměř zadušeni kouřem, škrcením nebo stlačením krkavic. Hlubokých změn ve vědomí lze dosáhnout oběma extrémními režimy dýcháním-hyperventilací i dlouhodobým zadržováním dechu nebo jejich kombinací.¹²⁹

8.2 Struktura metody holotropního dýchání

Hyperventilací se mění Ph krve, vytváří se respirační alkalóza, snižuje se obsah kyslíčnicku uhličitého v krvi, mění se přechodně průsvit některých cév v centrálním nervovém systému a na periférii. Zvyšuje se hladina ionizovaného vápníku, což vede ke svalové a neuronální zvýšené dráždivosti. Jsou pozorovatelné změny na EKG záznamu ve smyslu nárůstu alfa a theta aktivity, mění se aktivita a vyplavování přenašečů vzruchu v centrálním nervovém systému. V souvislosti s těmito změnami bývají na fyzické úrovni popisovány projevy jako nevolnost, svalové třesy, tetanie, spazmy, bolest na hrudi, dušnost a také široké spektrum

¹²⁷ Srov. KUDRLE, S. *Holotropní dýchání v terapii závislých*. Adiktologie, 2005, ročník 5, číslo 2, str. 182

¹²⁸ Srov. tamtéž str. 182

¹²⁹ Srov. GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: GEMMA89, 1992. s. 141. IBSN 164-006-92

emocionálních a psychosomatických symptomů, známé jako tzv. heperventilační syndrom. Na psychologické úrovni jsou to pak různorodé vize, emocionální stavy, aktivace energetických jevů, zážitky posedlosti apod. Šíře spektra prožitků je ale tak široká a tak individuální, že není vysvětlitelná klasickou medicínskou terminologií. Prožitky bývají individuálně velmi významné, jejich integrace a zpracování pak zásadní pro další psychologickou práci. Zážitkový proces pak podporuje reprodukováná hudba, která je volena tak, aby podporovala rozvíjení transu a projevů klienta. Volena je taková hudba, aby nebyla běžně známa a neasociovala konkrétní vzpomínky. Jde o široké spektrum hudby etnické z domorodých tradic, využívané v rituálech a posvátných obřadech, o hudbu monumentální vážnou, orchestrální, meditační apod. Smyslem je umocnění prožitku. Třetí součástí procedury HD je zaměřená práce s tělem. Té je někdy zapotřebí v situacích, kdy zážitek je výrazně fyzické povahy. Emocionální vypětí se projevuje fyzickou tenzí nebo energetickou blokádu, která vyvolává psychosomatické projevy. Práce s tělem napomáhá uvolnění takových blokády a podporuje proudění energie v celém organismu.¹³⁰

Stav transu, takto navozený, umožňuje regresi k traumatickým zážitkům, které v minulosti zůstaly emocionálně nezpracovány. Znovuprožití, abreakce potlačených emocí a integrace prožitku jsou cestou k uvolnění a prohloubení náhledu. Zážitky mohou přicházet z jednotlivých úrovní - biografické perinatální či transpersonální, obvykle ve smysluplném propojení. Nezřídka mívají mystický charakter smrti a znovuzrození a zejména u závislých lidí mohou být klíčovým místem obratu v jejich sebedestruktivní kariéře.¹³¹

Důležitou součástí holotropní procedury je zpracování prožitého. Jak na neverbální úrovni-malování tzv. mandaly, obrázku, který znázorňuje podstatné obsahy, pocity a souvislosti z holotropního sezení. Na verbální úrovni pak společné sdílení zážitku s ostatními ve skupině, hledání souvislostí s úrovní každodenního života nebo s mýtickými symboly a archetypálními významy. Výsledkem obvykle bývá amplifikace-rozšíření vnímání obrazu a pochopení významu prožitého v holotropním sezení.¹³²

¹³⁰ Srov. KUDRLE S. *Holotropní dýchání v terapii závislých*. Adiktologie, 2005, ročník 5, číslo 2, str. 183

¹³¹ Srov. tamtéž str.183

¹³² Srov. tamtéž str. 183

8.3 COEX systémy a dynamika perinatálních matric

V holotropních stavech se lidé často projevují zdánlivě neadekvátními a velmi přehnanými reakcemi na různé podněty z prostředí. Toto přemrštěně afektivní jednání není náhodné, nýbrž selektivní a zcela konkrétní, a lze ho pochopit z hlediska dynamiky převládajících COEX systémů.¹³³

Podle teorie Stanislava Grofa, v holotropních stavech dochází k mobilizaci jakéhosi „vnitřního radaru“, jenž nám z nevědomí automaticky zprostředkovává obsahy s nejsilnějším emočním nábojem, které jsou v daném čase nejvýznamnější a z hlediska vědomého zpracování nejzralejší.¹³⁴

COEX systém je tak podle S. Grofa -dynamickým uskupením vzpomínek (a asociovaného fantazijního materiálu) z různých období života jedince, které mají společného jmenovatele v silném emočním náboji stejné kvality, intenzivním fyzickém pocitu stejného druhu nebo v tom, že sdílejí nějaké jiné důležité prvky.¹³⁵

Většina biografických COEX-systémů je podle teorie S. Grofa dynamicky spjata se specifickými aspekty porodního traumatu a perinatální dynamiky. Perinatální témata (periblízko, natalis-porod) a jejich prvky mají pak specifické vazby s příbuzným prožitkovým materiálem v transpersonálních oblastech. Nezřídka zahrnuje dynamická konstelace materiál z několika biografických období, z doby biologického porodu a z některých oblastí transpersonální sféry, jako identifikace se zvířaty a mytologická témata.¹³⁶

V psychedelické práci, holotropní terapii a dalších vysoce účinných prožitkových metodách jsou velmi často zážitky spojeny s život ohrožujícími nemocemi, zraněními, operacemi nebo tonutím, a jejich význam tak překračuje význam obvyklých psychických traumat. Ukazuje se, že emoce a fyzické pocity ze situací, které ohrožují život nebo integritu organismu, mají významnou roli pro vznik různých forem psychopatologických změn.¹³⁷

¹³³ Srov. GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. z angl. orig. Psychology of the future. Praha: Perla, 2004. s.38. ISBN-80-902156-6-1

¹³⁴ Srov. tamtéž str. 38

¹³⁵ Srov. GROF, S. *Za hranicemi mozku*, z angl.orig. Beyond the Brain. Praha: GEMMA89, 1992. s.82. ISBN-80-85-206-12-9

¹³⁶ Srov. tamtéž str. 83

¹³⁷ Srov. GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: GEMMA89 1992. s. 17. ISBN 164-006-92

Podle S. Grofa prožitky vážné fyzické traumatizace představují přirozený přechod mezi biografickou úrovní nevědomí a následující oblastí, jejímiž hlavními složkami jsou podvojně fenomény zrození a smrti. Stanislav Grof o tom píše, že jakmile se náš proces hlubinného zážitkového sebezkoumání dostane za hranici vzpomínek z dětství až do období porodu, začneme se setkávat s emocemi a tělesnými pocity nesmírné intenzity, která překonává jakékoli naše dřívější představy o tom, co je z lidského hlediska možné. Naše zážitky se tak vyznačují směsicí témat zrození a smrti, která v sobě zahrnují pocity svíravého a životu nebezpečného omezení a úporného až zoufalého boje o vlastního osvobození a přežití.¹³⁸

Vědomé znovuprožívání a integrace porodního traumatu sehraává v procesu zážitkové psychoterapie a sebezkoumání významnou roli. Zážitky vycházející z perinatální úrovně nevědomí se projevují ve čtyřech zážitkových vzorcích charakterizovaných určitými emocemi, tělesnými pocity a symbolickými výjevy. Tyto vzorce úzce souvisejí se zážitky, jimiž plod prochází před začátkem vlastního porodu i v průběhu jeho tří fází.¹³⁹

V každé z těchto fází dítě prožívá konkrétní a typický soubor intenzivních emocí a tělesných vjemů. Tyto zážitky zanechávají v psýché hluboké nevědomé vtisky, které významně ovlivňují další život jedince. Tyto čtyři dynamické vzorce působící v hloubi nevědomí se označují termínem bazální perinatální matrice -BPM.¹⁴⁰

První bazální perinatální matrice BPM-I se vztahuje na nitroděložní zážitky, které předcházejí porodu. Tento pozitivní svět lze označit pojmem amniotický vesmír. Plod si není vědom žádných hranic ani nerozlišuje mezi vnitřním a vnějším, což se odráží také v povaze zážitků, které se pojí se vzpomínkami na perinatální období. Časté jsou výjevy mořského světa, někdy se člověk stává samotným oceánem. Odráží se tak nejspíše situace, že plod je ve skutečnosti vodní organismus. Četná jsou též ztotožnění s celým vesmírem, rozsáhlými oblastmi bez konce, galaxiemi apod.¹⁴¹

Druhá perinatální matrice BPM-II zachycuje tu část porodního procesu, kdy dochází k nitroděložním stahům, ale děložní hrdlo není ještě otevřeno, přičemž každý stah vyvíjí silný tlak na děložní tepny a plod se ocitá v nebezpečí nedostatku kyslíku. Zážitky odpovídající

¹³⁸ Srov. GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. z angl. orig. Psychology of the future. Praha: Perla, 2004. s.39.

ISBN-80-902156-6-1

¹³⁹ Srov. tamtéž str.42

¹⁴⁰ Srov. tamtéž str.43

¹⁴¹ Srov. tamtéž str.47

povaze této situace se mohou požitkově napojit na sledy scén z oblasti kolektivního nevědomí, které zahrnují osoby, zvířata nebo dokonce mytologické bytosti, jež musí čelit podobně bolestnému a beznadějnému osudu. Četné je ztotožnění s trestanci v kobkách, zajatci v koncentračních táborech, či pacienti v ústavech pro choromyslné. Mohou to ale být i postavy z mytologie, jako Sisyfos, Tantalos nebo Prométheus.¹⁴²

Třetí perinatální matrice BPM-III. Po otevření děložního hrdla prochází plod porodními cestami a hlava sestupuje do pánevní oblasti. Během této fáze děložní stahy pokračují, ale děložní hrdlo je oproti předchozí části otevřeno. Plod je tak postupně vytlačován porodními cestami a při tomto procesu je tak jedinec vystaven drtivým mechanickým tlakům, bolestem a často značnému nedostatku kyslíku. Vedle skutečného a realistického znovuprožívání různých stránek zápasu v porodních cestách obsahuje navíc širokou paletu výjevů z historických, přírodních a archetypálních oblastí, z nichž nejvýznamnější jsou titánské boje, sledy agresivních a sadomasochistických scén, zážitky zvrácené sexuality, démonické výjevy, skatologické prvky a setkání s ohněm. Většina z těchto složek třetí perinatální matrice smysluplně souvisí s určitými anatomickými, fyziologickými a biochemickými charakteristikami odpovídající porodní fázi.¹⁴³

Čtvrtá perinatální matrice BPM-IV. Čtvrtá bazální perinatální matrice souvisí s třetí klinickou fází porodu, kdy je plod z porodních cest vypuzen a dítě je po ustřižení pupeční šňůry odděleno od matky. Prožitím této matrice se završuje předchozí nesmírně náročný proces průchodu porodními cestami, přičemž plod pocítuje explozivní vysvobození a vstupuje na světlo tohoto světa. Během tohoto zážitku tak dochází k nemilosrdnému ničení veškerých záchytných bodů a vůbec všeho, co jsme pokládali za důležité. Časté jsou pak zážitky smrti a znovuzrození. Časté jsou výjevy oslepujícího bílého světla, zjevení nadpřirozených archetypálních bytostí, duhových spekter, nebo vize jarní očištěné přírody, duchovního osvobození, vykoupení a spásy.¹⁴⁴

¹⁴² Srov. GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. z angl. orig. Psychology of the future. Praha: Perla 2004. s.51. ISBN-80-902156-6-1

¹⁴³ Srov. tamtéž str. 55

¹⁴⁴ Srov. tamtéž str. 61

8.4 Holotropní stavy a drogová závislost

Podle pozorování Stanislava Grofa, která provedl v rámci výzkumu holotropních stavů, se příčiny vzniku závislosti obecně shodují s psychoanalytickými teoriemi, které tvrdí, že alkoholismus a drogová závislost úzce souvisejí s maniodepresivními poruchami a sebevražednými sklony, avšak výrazně se liší z hlediska povahy psychických mechanismů a úrovně psýché, na níž působí.¹⁴⁵

Lidé závislí na alkoholu a drogách, podobně jako jedinci se sklonem k sebevraždě, prožívají intenzivní emoční bolest v podobě deprese, celkového napětí, úzkosti, pocitů viny a nízkého sebevědomí, přičemž cítí silnou potřebu těmto neúnosným emocím uniknout. Nejelementárnější psychologickou charakteristikou alkoholiků a drogově závislých i nejhlubším motivem, proč sahají po alkoholu a narkotikách, není pouze potřeba návratu do období kojení, ale mnohem hlubší touha po zážitcích nediferencované jednoty nerušeného nitroděložního života. Jak bylo uvedeno výše, regresní zážitky obou zmíněných symbiotických stavů mají výrazně numinózní dimenze. Nejhlubší síla působící v pozadí alkoholismu a drogové závislosti je tudíž nepoznaná a deformovaná touha po transcendenci. Tyto poruchy se podobně jako sebevražda zakládají na tragickém omylu, jenž vyplývá z nesprávného pochopení vlastní nevědomé dynamiky.

Tendence uniknout bolestným emocím, jež se pojí s druhou perinatální matricí (BPM II. viz výše) a s ní souvisejícími COEX -systémy, a úsilím o rekonstrukci nitroděložní situace, tvoří pravděpodobně nejobecnější psychodynamický mechanismus působící v pozadí alkoholismu a drogové závislosti. Časté jsou i případy jedinců, kteří jsou pod vlivem třetí perinatální matrice (BPM III, viz výše), které jsou založeny na trochu odlišném mechanismu a žádají si jiné vysvětlení. Za povšimnutí stojí i úloha podávání anestetik v průběhu porodu u těchto jedinců.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Srov. GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. z angl. orig. Psychology of the future. Praha: Perla 2004. s.115. IBSN-80-902156-6-1

¹⁴⁶ Srov. tamtéž str.116

9. SROVNÁNÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍHO PŘÍSTUPU, SPIRITUÁLNÍHO PŘÍSTUPU A METODY HOLOTROPNÍHO DÝCHÁNÍ V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.

9.1 Východiska průzkumu

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Některé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Často lze jen s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou indikovanou skupinu vhodnější a efektivnější, a které méně. Základním východiskem však zůstává, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému na návykových látkách. Tedy korespondovat s opakovaně zdůrazňovanou skutečností, že tato komplexnost vyžaduje důslednou aplikaci mezioborového přístupu. Metody a přístupy v léčbě a sociální rehabilitaci musí tuto komplexnost respektovat, chceme-li aby byly skutečně účinné.

Podmínkou efektivnosti určitého programu se tak stává jeho schopnost vyjít vstříc skutečným a nikoli domnělým potřebám klienta. To znamená v praxi stálé přizpůsobování programů nejen směrem ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem k měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty. Žádný program, tak není všeobjímající a nemůže tak beze zbytku splnit všechny požadavky na něj kladené. Nejde přitom pouze o požadavky ze strany klientů a jejich rodin, které jsou samozřejmě v ústředí pozornosti. Jedná se také o požadavky ze strany poskytovatelů finančních prostředků a samozřejmě také o tlak společnosti, který, jak ukazuje zkušenost, sehrává v oblasti strategie a budování léčebných systémů velmi významnou roli.¹⁴⁷

Dnes prochází obor léčby drogové závislosti proměnou, která pramení do značné míry z paradoxu. Tento paradox vychází ze dvou závěrů běžného pozorování klinických a vědeckých pracovníků: tradiční model léčby pomáhá mnoha klientům, ale pro mnoho dalších má jen malý či krátkodobý přínos. Mnozí lékaři, vědci a pozorovatelé v oboru léčby drogové závislosti jsou tak přesvědčeni, že výše uvedené i další závěry vedou k přehodnocení filozofie, metod i způsobu poskytování léčebných služeb v USA i v zahraničí.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Srov. MIOVSKÝ, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup II*. Úřad vlády České republiky, 2003, s.15. IBSN 80-86734-05-6

¹⁴⁸ Srov. ROTGERS, F., KELLER, D.S., MORGENSTERN, . a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. s.9. IBSN 80-7169-836-9

Frederick Rotgers a kol. uvádí, že poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek postihují značnou část populace, jak evropských zemí, tak Spojených států amerických. Dále uvádí, že podle výsledků epidemiologické studie Národního úřadu pro duševní zdraví ukazují, že tyto poruchy lze během života diagnostikovat u téměř 20% americké populace, což představuje okolo čtyřicetiosmi miliónů lidí.¹⁴⁹

Důsledky problému závislosti na psychoaktivních látkách se netýkají jen obrovského množství lidí, kteří vyhledávají léčbu. Rozsáhlá ekonomická analýza léčby závislosti připravená pro prezidentskou komisi, která se zabývá Státním drogovým zákonem (Lagenbucher, McCrady, Brick a Esterly, 1993) došla k následujícím závěrům:

Náklady spojené s léčbou závislostí týkající se jak přímých služeb pro pacienty, tak i služeb pro jejich rodiny se pohybují mezi 150 až 200 miliardami dolarů ročně. S těmito odhady o prevalenci a nákladech nabývá poskytování odpovídající péče těmto osobám obrovského významu.

Frederick Rotgers a kol. dále ve své knize *Léčba drogových závislostí* tvrdí, že po dvaceti letech, kdy Spojené státy americké zahájily „válku proti drogám“, začíná mezi odborníky v léčbě závislosti narůstat neklid vyvolaný nejistými a často neuspokojivými výsledky tradiční léčby. I přes úsilí odborníků pomoci lidem, kteří mají problémy s alkoholem a drogami a snahu zastánců tradičního modelu destigmatizovat drogovou závislost jako takovou, větší část postižených léčbu vůbec nevyhledá. Poměr léčených a neléčených osob činí 1:3 až 1:13.¹⁵⁰

Léčba sama o sobě není často dlouhodobě přínosná, relapsy se objevují mnohem častěji, než by si odborníci přáli. V závislosti na mnoha proměnných se návrat k užívání drog objevuje u 30 až 40 procent léčených v průběhu prvního roku po léčbě. Přesto, že sílí snaha udržet klienty po hospitalizaci v dlouhodobém kontaktu s terapeutem, výzkumy efektivity potvrzují stále vysoké procento relapsů. Tyto výsledky zapříčiňují váhavost při financování léčebných programů, i když lze nesporně doložit jejich užitečnost. Ekonomické faktory jsou

¹⁴⁹ Srov. ROTGERS, F., KELLER, D. S., MORGENSTERN, J. Úvod. In *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 9. ISBN 80-7169-836-9

¹⁵⁰ Srov. tamtéž str. 10

i důvodem zkrácení průměrné délky hospitalizace a snahou vyvíjet tlak směrem ke krátkodobějším intervencím a větší odpovědností odborníků za výsledek.¹⁵¹

9.2 Předmět průzkumu

Předmětem průzkumu při srovnání kognitivně behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání je porovnání úspěšnosti těchto přístupů v léčbě komplexního problému, jakým je diagnóza drogové závislosti (syndrom závislosti, viz kapitola 2). A to na základě sledování určených bodů a změn ke kterým u klientů po absolvování některého z těchto typů léčby došlo, či nikoliv. Předmětem je monitorování subjektivních změn ze strany klienta během a po absolvování léčby, objektivní zhodnocení jeho situace, stanovení významných faktorů, které mají největší vliv na léčbu a případné vytvoření jednotného postupu léčby.

V současnosti je v rámci léčby drogově závislých užíváno celé řady léčebných a terapeutických přístupů, které vykazují různá procenta úspěšnosti avšak jejich aktivita na poli výzkumu a propojení praxe s předchozím procesem diagnostikování a zařazení klientů do konkrétních programů je nedostatečné.

Např. M. Miovský k tomu říká: „*Přestože jednotlivé přístupy mají i u nás početné zastánce, jejich publikační aktivita na poli aplikace daného přístupu v oblasti léčby závislosti je velmi malá a rozhodně nedostatečná. Ještě horší situace je v propojenosti s výukovou a výzkumnouází. Zastoupení na akademické půdě, stejně jako zapojení do výzkumných projektů je minimální. I v zahraničí lze pozorovat určitou komunikační uzavřenost jednotlivých škol a menší pohotovost a ochotu na nejistou půdu výzkumu vstoupit*“.¹⁵²

Předmětem průzkumu v mé práci je kromě zhodnocení jednotlivých přístupů a jejich efektivity v samotné léčbě závislostí i možnost jejich využití v procesu matchingu, nebo-li indikace pro léčbu pacientů s diagnózou závislosti.

¹⁵¹ Srov. ROTGERS, F. KELLER, D. S., MORGENSTERN, J. Úvod. In *Léčba drogových závislostí*, Grada Publishing, 1. vydání, Praha 1999, s. 10. ISBN 80-7169-836-9

¹⁵² MIOVSKÝ M. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup II*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 41. ISBN 80-86734-05-6

Problém matchingu se i přes základní rozdělení a odlišení jednotlivých programů v kritériích jako jsou základní typ programu, délka, léčebná filosofie, přístup, apod. dostává do určitých specifických problémů, které souvisí s nedostatečnými informacemi z výzkumné oblasti a osobním přístupem jednotlivých pracovníků.

Kamil Kalina k tomu píše: „*Uvažujeme-li o konkrétním klientovi, může nám takové porovnání (myšleno základních typů kritérií zařízení) poskytnout pro matching cenné vodítko. Léčebná zařízení v ČR však svoje výsledky zatím dokládají jen sporadicky. Informace o ostatních parametrech programů jsou již dostupné a umožňují vzájemné porovnání s ohledem na potřeby a charakteristiky konkrétního klienta. Pracovník provádějící matching je však v našich podmínkách obvykle sám zapojen do určitého zařízení či programu a možnosti a meze svého zařízení by měl znát a v zájmu klienta tak korektně zhodnotit, zda je či není vhodný pro tento program*“.¹⁵³

Pro oblast efektivity je problematické i srovnávání jednotlivých přístupů. Při posuzování úspěšnosti jednotlivých přístupů, dochází k používání zjednodušených výzkumných modelů, které nedávají dostatečnou odpověď na srovnání efektivity.

M. Miovský k tomu uvádí: „*Zastánci každého přístupu mají svoji představu o tom, co je dobrým výsledkem terapie, tj. k čemu má terapie směřovat, abychom ji mohli považovat za úspěšnou. Od toho se pak odvíjí odlišný postup zjišťování a definování, jakými indikátory lze dosahování stanovených cílů sledovat*“.¹⁵⁴

9.3 Cíle průzkumu

Při srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání, byli stanoveny tyto cíle průzkumu:

Obecné cíle průzkumu jsou: 1) Zhodnocení třech výše jmenovaných přístupů na základě zvolené metodiky.

¹⁵³ KALINA, K. Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup I*. Úřad vlády České republiky, 2003. s.255. IBSN 80-86734-05-6

¹⁵⁴ MIOVSKÝ, M. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup II*. Úřad vlády České republiky, 2003. s.41. IBSN 80-86734-05-6

- 2) Snaha o zachycení (popsání) přínosu těchto přístupů v léčbě závislosti.
- 3) Zvolení nejvhodnější metody léčby na základě získaných fakt.

Specifické cíle průzkumu jsou: 1) Zmapování situace u pacientů z jednotlivých přístupů kteří absolvovali léčbu.

- 2) Popsání procesů změn, které u konkrétních klientů nastaly v průběhu terapie.
- 3) Popsání důvodů, které vedly k výběru konkrétního přístupu.
- 4) Vlastní zhodnocení ze strany klientů, zda došlo k definitivnímu vyřešení problému závislosti.

9.4 Cílová skupina, velikost a struktura zkoumané jednotky

V rámci výzkumu byly dotazovány celkem tři skupiny respondentů (klientů), kteří absolvovali konkrétní léčebný program nebo metodu. Z jednotlivých přístupů bylo dotazováno celkem 7 klientů v poměru 3:2:2. Největší zastoupení měli klienti kognitivně-behaviorálního přístupu, po dvou klientech z každého bylo dotazováno ve zbylých dvou přístupech.

Všichni dotazovaní navštěvovali program s diagnózou syndromu závislosti F1x.2, podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Celkem bylo dotazováno šest mužů a jedna žena. Při výběru dotazované skupiny nehrál roli věk, pohlaví, vzdělání ani profesní či jiné zaměření. Byli vybráni náhodně, na základě předchozí domluvy. Všichni dotazovaní klienti kognitivně-behaviorálního přístupu navštěvují program chráněného bydlení v Českých Budějovicích, pracují a momentálně abstinují. Jeden klient spirituálního přístupu pracuje jako zaměstnanec organizace Teen Challenge, druhý částečně. Klienti metody holotropního dýchání pracují jako zaměstnanci a taktéž abstinují.

9.5 Stanovení základních předpokladů průzkumu

Při srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání předpokládám, že:

- 1) Kognitivně - behaviorální přístupy, budou z hlediska efektivity nejpřínosnější.¹⁵⁵
- 2) U kognitivně - behaviorálních přístupů bude přínos na poli změny chování a vytvoření nových dovedností nejtrvalejší.¹⁵⁶
- 3) Spiritualita bude hrát v léčbě závislostí významnou roli.¹⁵⁷
- 4) Spiritualita bude mít významný vliv na duchovní život a smysl života u závislých na droze nebo alkoholu.¹⁵⁸
- 5) Víra v Boha a duchovní růst může být zásadním prostředkem k dosažení podstatných a nutných změn ve struktuře „self“ jedince a ve způsobu bytí jedince.¹⁵⁹
- 6) Jedinci, kteří prošli metodou holotropního dýchání, získali hlubší pohled na kořeny svého problému závislosti.¹⁶⁰
- 7) Jedinci, kteří prošli metodou holotropního dýchání, získali novou životní cestu, spojenou s vyřešením traumatizujících zážitků v jejich životě.¹⁶¹

9.6 Metodika průzkumu, sledované body a způsob vyhodnocení

9.6.1 Metodika

V rámci srovnávacího průzkumu jednotlivých přístupů v léčbě závislostí bylo použito jako výchozího modelu a základu strukturované interview klientovy změny podle Eliotta,¹⁶² které je doplněno a rozšířeno o některé otázky. Cílem strukturovaného interview je kvalitativně popsat jednotlivé změny z pohledu samotných klientů a následně se tak snažit označit důležité faktory, které působí v rámci zkoumaných přístupů a vypovídají o jejich

¹⁵⁵ ROTGERS, F. a kol., *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. s.12. ISBN 80-7169-836-9

¹⁵⁶ Srov. MIOVSKÝ M. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 2*. Úřad vlády České republiky, 2003, s.39. ISBN 80-86734-05-6

¹⁵⁷ Srov. DOLEŽALOVÁ P. Spiritualita a zdraví při léčbě závislostí. *Adiktologie*, 2005, roč. 5, č. 2, s. 250-251

¹⁵⁸ Srov. WALLACE J. Teorie modelu dvanácti kroků. In ROTGERS, F. a kol., *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 21. ISBN 80-7169-836

¹⁵⁹ Srov. tamtéž str.28

¹⁶⁰ Srov. KUDRLE S. *Holotropní dýchání v terapii závislých*. *Adiktologie*, 2005, ročník 5, číslo 2, str. 183

¹⁶¹ Srov. tamtéž str.183

¹⁶² Srov. TIMULÁK L. *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton 2005. s. 79, IBSN - 80-7254-707-0

celkové úspěšnosti. Součástí strukturovaného interview, budou také kazuistiky jednotlivých pacientů. Upravené interview klientovy změny podle Eliotta 2002a¹⁶³, doplněné otázkami:

Číslo otázky: 1) Jak se momentálně cítíte?

- 2) Jaký jste měl/a problém, případně diagnózu?
- 3) Jak byste se sám popsal/a..(jednoduše)?
- 4) Jaké změny jste si všiml/a od začátku terapie nebo léčebného programu?
- 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu(pokud to jde)?
- 6) Jak jsi vysvětlujete, že došlo během terapie, programu, ke změnám (došlo-li k nim)?
- 7) Zachytil podle vás program, terapie příčinu vašeho problému?
- 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil/a(absolvoval) právě tento program, terapii? Kde jste se o něm dozvěděl? Bylo pro vás něco při výběru předem rozhodující?
- 9) Objevil/a jste díky programu, terapii něco, co vás zásadně osloвило, změnilo váš život nebo pohled na váš problém?
- 10) Jaké věci byly podle vás v programu, terapii brzdící?
- 11) Jaké věci byly podle vás v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?
- 12) Bylo něco, co v programu terapii podle vás chybělo?
- 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený (myšleno závislost)?
- 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?
- 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky apod.)?
- 16) Berete nějaké léky na psychiku? (nemusíte odpovídat)
- 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat, zvolil byste opět tento program, terapii?

9.6.2 Sledované body

Během rozhovoru použitého pro srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání v léčbě závislostí, budou sledovány tyto body:

¹⁶³ Srov. TIMULÁK L. *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton 2005. s. 79, IBSN - 80-7254-707-0

- 1) Důvod, proč klient nastoupil do léčby a proč si vybral tento konkrétní typ léčby nebo programu.
- 2) Celkový stav klienta, jak se cítí.
- 3) Subjektivní pocit změny, která nastala od začátku terapie, programu.
- 4) Kvalitativní hodnocení změn pozitivních i negativních.
- 5) Vyřešení či nevyřešení problému, s kterým pacient do léčby, programu nastoupil. Zda došlo k vyřešení příčiny problému.
- 6) Změna pohledu na vlastní problém závislosti.
- 7) Výhrady vůči programu, terapii.
- 8) Hodnocení svého života-smysl, naplnění, vztahy.
- 9) Psychické problémy v době rozhovoru.
- 10) Zda pacient bere léky na psychiku- antidepresiva, sedativa apod.
- 11) Zda by zvolil znovu stejný typ programu, terapie.

9.6.3 Způsob vyhodnocení

K vyhodnocení úspěšnosti kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání bude použita logická analýza na základě sledovaných proměnných v průběhu rozhovoru zaměřeného na klientovu změnu v každém z těchto přístupů. Obsahová analýza získaných dat bude provedena na konci uveřejněných kazuistik a rozhovorů.

10. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR kognitivně-behaviorální přístup v léčbě závislostí

10.1 základní údaje o léčebně

Psychiatrická léčebna Červený dvůr se nachází zhruba 10 km od Českého Krumlova směrem na obec Chvalšiny. Léčba zde trvá zhruba 3-6 měsíců a její základní rámec tvoří bodovací systém. Program se odehrává v komunitním prostředí, kde probíhá skupinová psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, komunitní aktivity, přednášky a volnočasové aktivity.

10.2 Systém léčby v PL Červený Dvůr

Léčbu v PL Červený Dvůr lze rozdělit zhruba do několika etap:

V úvodním období si pacienti zvykají na komunitu, komunitní systém léčby a celý léčebný režim. Stabilizuje se jejich tělesný i duševní stav. Postupně si připouští celou míru svých problémů, zejména důsledků své drogové kariéry. Postupně si ujasňují postoj k droze a důvody, proč v užívání drogy nepokračovat. V druhém období pracují pacienti otevřeně na skupinách, podílí se na chodu komunity, kontaktují se formou vycházek a návštěv s okolím. Během tohoto období jasněji formulují cíl jejich pobytu v léčebně a hledají cesty k řešení svých problémů. Snaží se řešit potíže a komplikace, které vznikly v důsledku jejich užívání. V závěrečné fázi léčby se pacienti orientují na budoucnost, zajišťují si bezpečné zázemí, hledají konkrétní momenty v dalším životě, které budou podepírat jejich abstinenci a plánují konkrétní doléčovací program.¹⁶⁴

Aktivita provozované v PL Červený dvůr jako léčebný režim, bodování, rozvíčky a úklid jsou více režimové a směřují pacienty k pravidelnosti a ke zvykání si na to, že každé opomenutí či překročení pravidel má své důsledky.

Jiné terapeutické aktivity stojí na vytváření terapeutického vztahu mezi pacienty a terapeutem či mezi pacienty a členy skupiny a na působení změn prostřednictvím tohoto vztahu. Sem patří psaní deníku, skupinová sezení, arteterapie, komunitní aktivity-ranní komunity, volné tribuny a hodnotící skupiny. Další terapeutické aktivity ve formě přednášek či samostudií a ve formě tematických skupin působí na úsudek pacientů a touto cestou se snaží podpořit důvody, proč přestat s užíváním drogy a poskytnout informace o momentech, které by mohly být pro jejich abstinenci rizikové.

Aby se léčebna podobala co nejvíce životu venku, tvoří základní výplň dne pracovní terapie. Pracovní terapie má mnoho dílčích cílů, např. napomáhat k rehabilitaci pracovních návyků, ke standardnějšímu strukturování dne, k učení zvládat role s konkrétními zodpovědnostmi, učit se běžným sociálním dovednostem, nebo převádět slova v konkrétní činy.

¹⁶⁴ Srov. DVOŘÁČEK, J.a kol.primáře. *Léčebenský řád*. PL: Červený Dvůr: 2005, 7 stran,13 příloh.

10.2.1 Bodovací systém

Bodovací systém směřuje k následujícím cílům:

- posilovat žádoucí a oslabovat nežádoucí chování,
- poskytovat pacientovi jednoduchou informaci o tom, „jak si stojí“,
- rozpoznat pobyty účelové či jinak méně smysluplné,
- motivovat pacienta k přijímání zodpovědnosti za skupinu,
- udržet v léčebně spořádané prostředí.¹⁶⁵

10.2.2 Systém odměňování

Každá terapeutická aktivita a téměř každá činnost v léčebně je promítána do bodování. Dodržování základního programu, konání aktivit nadstandardních a všechny momenty, které jsou z pohledu terapeutických cílů žádoucí, jsou ohodnoceny kladnými body. Nedodržení základních povinností, porušení základních pravidel či všechny momenty, které jsou z pohledu terapeutických cílů nežádoucí, jsou ohodnoceny zápornými body. Udělování bodů se řídí pevně stanovenými pravidly, tato pravidla mají vyšší autoritu než terapeut. Vyšší autoritou než tato pravidla je týmová porada. Týdenní program je strukturován, obsahuje stálou skladbu terapeutických aktivit a povinností. Pacient každý týden prochází všemi těmito aktivitami a veřejně stanovenými povinnostmi. Jeho důvěrník průběžně sleduje sbírání bodů za jednotlivé aktivity u všech členů své skupiny. Na konci týdne pak probíhá v komunitě vyhodnocení formou sečtení kladných a záporných bodů. Na každý týden je stanovena stálá hodnota bodů, kterou je nutno získat. Výsledek hodnocení se projeví odměnami nebo nevýhodami. Zjednodušeně platí, že kladné body přinášejí výhody, záporné nevýhody.

10.2.3 Psychoterapie v PL Červený dvůr

Klíčovou složkou strukturovaného terapeutického programu jsou psychoterapeutické aktivity. V PL Červený Dvůr je využíváno různých technik a forem.

Psychoterapeutická práce vychází hlavně z těchto předpokladů:

¹⁶⁵ DVOŘÁČEK, J.a kol.primáře. *Léčebenský řád*.PL: Červený Dvůr: 2005.

Že pacienti jsou lidé schopní činit vlastní rozhodnutí, že jsou schopni přijmout plně zpět kompetence za vlastní život, že jsou schopni učinit změnu, že mají v sobě potenciál, který směřuje k uzdravě.

Hlavními cíli terapie jsou :

- 1) Stabilizovat duševní a tělesný stav pacienta.
- 2) Postupně si přijmout terapeutický program a připouštět si všechny nevýhody dosavadního způsobu života.
- 3) Postupné ujasnění, jak jinak postavit svůj život a své vztahy a proč abstinovat.
- 4) Spolupráce na takových tématech, které toto rozhodnutí upevní.¹⁶⁶

Jako např. ▪ na reálnějším a zdravějším sebepojetí a hodnocení,

- na přijímání zodpovědnosti za své jednání,
- na výchově k odložení okamžitého uspokojení ,
- na bezpečnějším zvládnání konfliktů apod.,
- na zvládnání situací, které by mohly ohrozit abstinenci.

Hlavními psychoterapeutickými nástroji k těmto cílům tak jsou:

- léčebné společenství -komunita,
- ranní komunity,
- hodnotící skupiny,
- skupiny,
- volné tribuny,
- arteterapie,
- individuální rozhovory,
- práce s deníkem a elaboráty.

Nedílnou součástí komplexního terapeutického programu je pracovní terapie. Tvoří jednu ze základních náplní strukturovaného dne a v návaznosti na další terapeutické aktivity, tak poskytuje příležitosti k uskutečňování konkrétních terapeutických cílů.¹⁶⁷

¹⁶⁶ DVOŘÁČEK, J.a kol.primáře. *Léčebenský řád*. PL: Červený Dvůr: 2005, 7 stran, 13 příloh

¹⁶⁷ DVOŘÁČEK, J.a kol.primáře. *Léčebenský řád*. PL: Červený Dvůr: 2005, 7 stran, 13 příloh

11. KAZUISTIKY A PŘEPISY STRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ S KLIENTY PL. ČERVENÝ DVŮR

11.1 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 1

Datum: 6.4.07

Jméno: Jakub

Popis situace:

Klient, budeme mu říkat Jakub, pochází z menšího města, kde vyrůstal bez rodičů, jeho maminka zemřela, když mu bylo 13 let, svého otce neznal, žil s babičkou vlastním bratrem a strýcem. Svě dětství charakterizuje jako normální. Od raného věku se prý běžně stýkal s alkoholem, chodil pro něj do obchodu a měl k němu pozitivní vztah. Život na maloměstě byl pro něj nudný a bez možností. Na střední školu dojížděl, pak bydlel v penzionu a na internátě, tam už prý byl bez kontroly a podle svých slov fetoval.

Drogová kariéra: Jakub měl kombinovanou závislost na alkoholu a pervitinu a často prý také kouřil marihuanu. Od dětství prý rád experimentoval. Jako důvod své závislosti vidí hlavně život na malém městě, nudu a partu, do které se dostal jako dospívající. Důležitou roli podle něj v jeho problému hrála i určitá rodinná predispozice. Strýc prý má také problémy s alkoholem a u nich doma se vždy alkohol konzumoval. Řešily se tím i určité neshody v rodině apod.

Přepis rozhovoru s klientem č.1

Otázka číslo: 1) Jak se cítíte?

Odpověď Jakub: V pohodě, chodím teď do práce a snažím se něco dělat, čtu povídky, básně.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém, Případně diagnózu?

Odpověď Jakub: Hlavně závislost na alkoholu a pervitinu.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal, (jednoduše)?

Odpověď Jakub: Jsem spíše melancholik, extrovert, mám rád společnost. Občas trpím výbuchy hněvu, jak vůči sobě, tak okolí.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie nebo léčebného programu?

Odpověď Jakub: Vidím rozhodně svou situaci více pozitivně než předtím, před tím jsem byl zaměřen spíše hodně depresivně, to se zlepšilo.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou pozitivní a negativní změnu (u sebe, v okolí apod.)?

Odpověď Jakub: Co se týče negativních změn, myslím si, že v některých situacích se na sebe dívám více kriticky, a z toho pramení, že si myslím, že v některých situacích pohořím. Taky se nemám moc rád, nerad se na sebe koukám do zrcadla. Co se týká pozitivních změn, tak pohledu na celou situaci.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Jakub: Vlivem abstinence a režimu. Terapie v PL Červený Dvůr jsou samé lži, na chutě to nezabírá, nemá to vliv na závislost.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro příčinu vašeho problému?

Odpověď Jakub: Ne

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil právě tento program, terapii, kde jste se o něm dozvěděl? Bylo pro vás něco při výběru programu terapie předem rozhodující?

Odpověď Jakub: Původně jsem chtěl do komunity, mám hodně dluhů tak 100 tisíc, tak abych si tam vydělal a začal splácet. V PL Červený dvůr jsem byl podruhé a dozvěděl jsem se o tom z K- centra. Při výběru zvláštní roli nic nehrálo a podruhé jsem tam šel proto, že jsem věděl do čeho jdu.

Otázka číslo: 9) Objevil jste díky programu, terapii něco, co vás zásadně oslovilo, změnilo váš život, nebo pohled na váš problém?

Odpověď Jakub: Ne to ne.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Jakub: Byli to lidé, kteří byli v léčbě třeba přes zimu a neměli o to zájem. Nebo tam byli lidé, kteří tam byli jen kvůli rodičům. Asi také přístup

terapeutů, vždycky když udělali chybu, tak to prezentovali jako záměr.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Jakub: Nevím, nic mě nenapadá, asi drzé sestry.

Otázka číslo: 12) Bylo něco co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Jakub: Jít po příčině, po problému.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Jakub: Zdaleka ne, mám často chuť. A v sobě cítím velkou zlobu vůči sobě a okolí.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?

Odpověď Jakub: Odpovídající situaci, nic moc.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky, apod.)?

Odpověď Jakub: Deprese, chuť na sebevraždu a sebezničení, hluboký pocit nenávisti. Teď jsou deprese menší bojuji s nimi.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku?

Odpověď Jakub: Antidepresiva a neuroleptika.

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat, zvolil byste opět tento typ léčby, terapie?

Odpověď Jakub: Asi ne, podruhé jsem byl spíše zklamán.

Děkuji za rozhovor

11.2 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 2

Datum: 6.4. 07

Jméno: Tonda

Popis situace:

Tonda pochází z menšího města, rodiče byli rozvedeni, když byl malý. Dětství hodnotí normálně, stýkal se s oběma, žil u nich zhruba do patnácti let. Tonda má ještě sestru. Od patnácti let bydlel sám na půdě. Zde začíná experimentovat s drogami. Podle jeho slov začal hledat něco konkrétního, nového, co by ho uspokojilo, co by mělo smysl.

Drogová kariéra: Tonda konzumoval v hojné míře alkohol, dále pak trávu, závislý byl také na pervitinu, což byla jeho primární droga. Občas bral prášky, opiáty a zkoušel také halucinogeny.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 2:

Otázka číslo:1) Jak se momentálně cítíte?

Odpověď Tonda: V pohodě.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém, případně diagnózu?

Odpověď Tonda: Pervitin jako základní drogu, pak hlavně alkohol. Občas i jiné věci.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal (jednoduše)?

Odpověď Tonda: Jak kdy, spíš podle nálady.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie, nebo léčebného programu?

Odpověď Tonda: Nahrazuji drogy jídlem, poslední dobou se hodně přejídám. Jiných změn jsem si u sebe nevšimnul.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu (pokud to jde)?

Odpověď Tonda: Nevím, nevnímám nic.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětľujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Tonda: Nevím, nebavilo mě to brát drogy, bylo to pořád stejný. Než jsem šel do léčby, tak jsem zkoušel nebrat ani venku. V Červeňáku člověk prostě musí. Byl jsem tam už podruhé.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro(příčinu) vašeho problému?

Odpověď Tonda: Původně jsem chtěl brát drogy a myslím, že mi dávaly hodně. Teď mám pořád chuť a nechápu proč. Snažím se na to kašlat. Něco se léčbou vyřešilo, něco ne. Člověk tam dostane návyky.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil právě tento program terapie?

Kde jste se o něm dozvěděl a bylo pro vás něco při výběru programu terapie předem rozhodující?

Odpověď Tonda: Byl jsem tam před pár lety, poradil mi to psychiatr, čerpal jsem hodně ze vzpomínek.

Otázka číslo: 9) Objevil jste díky programu terapii něco co vás zásadně oslovilo, změnilo váš život nebo pohled na váš problém?

Odpověď Tonda: Částečně asi spíš tím, jak posloucháte lidi a jejich problémy, všichni to mají jinak. Každý má různé problémy. Jiné jsou i důvody abstinence. Člověk se tam naučí bejt čistej, jinak je to odmašťovna a do hloubky to nejde.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Tonda: Byly to některé části, jako dlouhodobé sezení, tam mi to vždycky lezlo na nervy. Vždycky když se nevěnovali mě osobně, tak jsem přitom spíš myslel na drogy.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Tonda: Dlouhodobé sezení, terapie kde je 30 lidí.

Otázka číslo: 12) Bylo něco co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Tonda: Více skupin po devíti lidech, ta je jen jednou týdně a pak individuálů.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Tonda: Těžko říct, poprvé jsem abstinoval 2,5 roku, pak jsem opět začal po rozchodu s přítelkyní.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?

Odpověď Tonda: Radši nehodnotím

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti(deprese, nutkavé myšlenky apod.)?

Odpověď Tonda: Chutě a velký a taky dost blbé myšlenky. Vzpomínky mám plné drog.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku?(nemusíte odpovídat)

Odpověď Tonda: Ne

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat zvolil byste opět tento program?

Odpověď Tonda: Ne

Děkuji za rozhovor

11.3 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 3

Datum: 6.4.07

Jméno: Jiří

Popis situace:

Jiří je muž středního věku, který pochází ze středně velkého města. Byl celkem dobře zajištěn finančně, podle jeho názoru si žil dobře. Problémy nastaly po rozchodu s manželkou, kdy mu začala chybět rodina. I po rozvodu si udržel celkem vysoký životní standard a chtěl zkusit něco jiného, nového. Pak poznal lidi, kteří brali pervitin, a ti ho velmi nadchli. Podle jeho slov to bylo úplně něco jiného a nového. S nimi pak podnikal různé akce, výlety apod. kde se samozřejmě bral pervitin. Jiří podle svých slov miluje adrenalin a všechno co zavání rizikem. Jiří měl také během své drogové kariéry silné tendence skončit se svým životem a třikrát se pokusil o sebevraždu, pak nastupil do léčby v psychiatrické léčebně Beřkovice odtud si podává žádost do PL.Červený Dvůr.

Drogová kariéra: Kromě pervitinu bral Jiří také kokain, je prý to z jeho pohledu čistější záležitost a je bez dojezdů. Jinak konzumoval alkohol a bral občas tripy a jiné halucinogeny.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 3:

Otázka číslo: 1) Jak se cítíte(momentálně)?

Odpověď Jiří: Teď tak týden jsem trochu mimo, mám velké chutě (na drogu).

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém, případně diagnózu?

Odpověď Jiří: Závislost na pervitinu a kokainu.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal (jednoduše)?

Odpověď Jiří: Jsem hodně společenský člověk, potřebuju okolo sebe mít lidi a mluvit s nima.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie nebo léčebného programu?

Odpověď Jiří: Je to hlavně změna pohledu na život, nastoupil jsem léčbu, protože jsem to chtěl ukončit. Měl jsem tři pokusy o sebevraždu, třikrát jsem byl v léčebně v Beřkovicích, pak až v Červeném dvoře.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu?

Odpověď Jiří: Negativní si neuvědomuji, těch pozitivních bylo více, ale hlavně změna pohledu na život.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Jiří: Líbil se mi přístup terapeutů, konkrétně jedné konkrétní terapeutky, pomohla mi změnit pohled na život. Víc jsem o těch věcech přemýšlel.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro(příčinu) vašeho problému?

Odpověď Jiří: Přišlo se na nějaké věci, i když s něčím zase nesouhlasím. Třeba pořád mám rád svoji ženu a svého syna. Ale příčiny to asi nepostihlo. Velkou roli hraje také moje potřeba adrenalinu.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil právě tento program, terapii?

Kde jste se o něm dozvěděl, bylo pro vás něco při výběru programu, terapie předem rozhodující?

Odpověď Jiří: Sháněl jsem si informace a vyšlo mi, že PL Červený Dvůr je nejlepší léčebna.

Otázka číslo: 9) Objevil jste něco, co vás zásadně oslovilo, změnilo váš život, nebo pohled na váš problém?

Odpověď Jiří: Určitě to byl přístup lidí a některých terapeutů.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Jiří: Nevím, teď mě nic nenapadá.

Otázka číslo 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Jiří: Arteterapie asi.

Otázka číslo: 12) Bylo něco co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Jiří: Určitě mělo být víc individuálů a víc hodnotících skupin také.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Jiří: V žádném případě, snažím se s tím bojovat. Často se bojím jít ven a tam potkávat lidi. Já to na lidech poznám, když něco vzali. Nevím sice jak, ale poznám to na dálku. Často mám například představy o stavu intoxikace, hlavně když mám nějaké problémy. Třeba teď mě bolely nohy a pak mám ty představy. Nebo například, když jsem teď dostal zálohu, tak jsem radši šel a celou jí utratil za jídlo, jen abych neměl u sebe žádné peníze a nemohl si koupit drogu.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?

Odpověď Jiří: Jsem na startu, nevím ještě, kam udělám krok, jestli dopředu nebo dozadu.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky apod.)?

Odpověď Jiří: Teď momentálně velké chutě (na drogu), asi tak týden už.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku?

Odpověď Jiří : Ne

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat zvolil byste opět tento program, terapii?

Odpověď Jiří: To opravdu nevím.

Děkuji za rozhovor

12. TEEN CHALLENGE- TERAPEUTICKÁ KOMUNITA POŠTOVICE

spirituální přístup v léčbě drogově závislých.

12.1 Teen challenge

Tenn challenge je mezinárodní křesťanská organizace, jejímž cílem, je pomáhat lidem, kteří mají problém závislosti na drogách, alkoholu, automatech apod. V některých zemích se teen challenge věnuje i dětem z problémových rodin, bezdomovcům, vězňům a dalším lidem v krizových situacích.

Teen challenge vzniklo v 50. letech v USA a od té doby se rozšířilo do 65 zemí světa. V České republice působí oficiálně od roku 1992. Centrum je v Praze a pobočky jsou v Českém Těšíně, Plzni, Tyře, Havířově a Varnsdorfu. Organizace Teen challenge působí v těchto oblastech spojených s drogovou problematikou.

V oblasti:

- primární prevence,
- streetworku,
- práce v psychiatrických léčebnách a věznicích,
- kontaktních centrech,
- indukčních centrech,
- resocializačních střediscích,
- re-entry v programech následné péče.

Teen challenge v České republice bylo založeno Apoštolskou církví v roce 1994 a to po 36 letech od vzniku TC ve Spojených státech. Organizace Tenn challenge zaměstnává zhruba 40 pracovníků a na všech činnostech se podílí na 100 dobrovolníků. Organizace Teen challenge je založena na křesťanských principech a hodnotách.¹⁶⁸

12.2 Terapeutická komunita -Poštovice

Terapeutická komunita Poštovice(TK) se nachází asi 30 km severně od Kladna, TK-Poštovice nabízí 12-18 měsíců trvající resocializační program pro závislé muže. Program sám o sobě je dobrovolný a každý klient prochází zhruba 5 etapami, které mu pomáhají růst v různých oblastech života jako např. poznání sebe sama, duchovní růst, rodina a autorita, práce a pravidla. Program charakterizují tři základní teze-žádné drogy, žádné násilí a odpovědnost. Klient nastupuje do programu do přijímací části, kde do 14 dnů podepisuje souhlas tzv. rezidenční smlouvu, která je seznámením s pravidly a povinnostmi klienta. V této době může i odejít, bude-li si to přát.

Každý klient programu se podrobuje úplnému programu TC. Denní rozvrh probíhá podle režimu zařízení. Program je pro klienty závazný a povinný. Každý klient má povinnost si časový program hlídat. Klienti se dále zavazují, že nebudou klást žádný druh překážek v rehabilitačním úsilí a stvrzují, že byli seznámeni s principy práce TC. Uvědomují si také, že program má křesťanský základ. Pracovní doba ve středisku je povinná a neúčast na práci je dostatečným důvodem k okamžitému vyloučení. Výdělek z pracovní činnosti terapie je použit k částečnému hrazení stávajících nákladů programu TC a rozšíření nových programů. Za pracovní terapii je možno požadovat odměnu za práci.

Během programu TC je zakázáno brát drogy, zneužívat léky, „čichat“, pít alkohol a kouřit. Klienti o těchto aktivitách nesmí během programu ani hovořit. Pobytové náklady klientů jsou stanoveny podle aktuálních cen potravin, energií a dalších proměnných faktorů. Každý klient má povinnost hradit si pobyt formou finanční spoluúčasti. Jako zdroj peněz může použít např. sociální dávky, nemocenské dávky, nebo příspěvky od rodiny. Pobytové náklady činí 3100,- Kč měsíčně před započítáním měsíce.¹⁶⁹

¹⁶⁸ *Teen Challenge Česká republika* (online). Praha: Teen Challenge Czech rep.,(cit.2007 -05-29).Dostupné na <<http://www.teenchallenge.cz>>

¹⁶⁹ Srov. Tamtéž

Klienti jsou povinni zpracovávat měsíční finanční plán, ve kterém je uveden způsob jak budou v následujícím měsíci využívat svých finančních prostředků. Klient se během pobytu musí vyvarovat jakéhokoliv násilí i slovního napadání. Klient během programu v TK nesmí navazovat žádné vztahy s příslušníky opačného pohlaví. Odchod z programu TK.-Klient může odejít dobrovolně pod domluvě s vedoucím programu TK nebo jeho zástupcem. Nebo může být vyloučen na základě neplnění řádu nebo je pobyt ukončen řádně po naplnění léčebného plánu. Během přijímací fáze a první etapy je klient nazýván studentem, seznamuje se s prostředím a principy křesťanství, seznamuje se s tím, jak má studovat Bibli a musí si také uvědomit, že „má problém“. Druhá, třetí, čtvrtá a pátá etapa je tréninková. Klient si zde stanovuje cíle a pokračuje v osobních a skupinových studiích (forma programu v TK). Během této fáze se učí také dobrým návykům. Osobní problémy klienta jsou řešeny přes poradce, každý týden má klient poradenství. Po měsíci a půl se řeší sociální problémy klienta.

12.3 Denní program v TC Poštovice

Ráno v šest hodin je budíček, pak následuje hygiena, ranní úklid a snídaně. 6h 50 až 7h 10 je tzv. ranní ztišení-základem je rozjímání nad určitým tématem, nebo slovem. Od 7h 15 do 8h a 8h 10 až do 8h 55 probíhá skupinové vyučování o nejvýše dvanácti lidech tzv. Bod obratu. Je to cyklus vybraných témat, nad kterými se diskutuje a probíhají debaty. Časté jsou tam střety a různé pohledy na probírané věci. Při skupinovém studiu jsou používány různé ilustrační materiály, pouští se video apod. Součástí skupinového studia jsou také hodiny Biblického studia ICI a tématické vyučování.

Od 9h 15 do 12h 30 je práce, pak od 12h 30 do 13h oběd, pak opět práce až do 18h. Od 18h do 18h 55 mají klienti osobní volno a čas na osobní hygienu. Od 19h do 20h je večeře. 20h až 21h je čas na osobní studium, zde jsou probírány charakterové a osobnostní rysy na verše z Bible a s tím se pak pracuje. Klient něco navrhne a buď je mu to schváleno nebo ne. Dále se klienti věnují četbě knih s křesťanskou tematikou „Kauza Kristus“ a „Cesta ke svobodě“.

Od 21h do 21h 30 je čas na osobní hygienu a volno, klienti se věnují svým věcem. 21h 30 až 22h je večerní ztišení, kdy se čte Bible a 22h hodin večerka.

Součástí programu jsou nedělní bohoslužby a pravidelné výjezdy do církví. Sportovní aktivity v týdenním rozvrhu jsou povinné, součástí sportovních aktivit je také sobotní turistika a zátěžový týden. Během celého pobytu v TK Poštovice je klientovi, který vstoupí do programu, přidělen poradce. Poradce se s klientem pravidelně schází a řeší s ním problémy spojené s jeho pobytem v TK a také jeho osobní problémy. Když má klient pocit, že mu hrozí krizová situace, tak může požádat poradce o rozhovor i mimo stanovený čas. Poradce je vždy přidělován na základě toho, jakou fází klient prochází a na konkrétním poradci se dohodne porada poradců. Během pobytu klienta v TK je v průběhu jednotlivých částí kladen důraz na odlišné věci. V první fázi je klient seznamován s vírou a Kristem, v druhé až čtvrté se pak např. zaměřuje na pochopení svého problému. Od půlky čtvrté až do konce páté části pobytu klient řeší svůj návrat do života, své vztahy apod.

Od klienta(studenta) je v programu očekávána motivace ke změně a osobní vývoj, který je hodnocen podle:

- postoje ke studiu a aktivitám střediska,
- postoje k práci,
- laskavosti k druhým lidem,
- komunikaci s poradcem, rodinou,
- smysluplným využitím volného času a naplňováním osobních cílů.

Údajná úspěšnost programu Teen Challenge je 80%. Kritéria pro úspěšnost programu jsou však nejasná.¹⁷⁰

13. KAZUISTIKY A PŘEPISY ROZHOVORŮ S KLIENTY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY POŠTOVICE(TEEN CHALLENGE)

13.1 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 4

Datum:16.4.07

Jméno: Tomáš

Popis situace:

Tomáš pochází se severních Čech, měl jednoho vlastního bratra, který tragicky zemřel při autonehodě. Pak se rodiče rozvedli, jeho tatínek šel na dva roky do vězení a jeho maminka se

¹⁷⁰ *Teen Challenge Česká republika* (online). Praha: Teen Challenge Czech rep.(cit.2007 -05-29).Dostupné na <http://teenchallenge.cz/index.php?art=i_i_vis

podruhé vdala. Z dalšího manželství pak měl nevlastní setru a bratra. Tomáš se vyučil na zedníka, pak pracoval. V 18 letech začal provozovat se svými společníky bar-hernu v prostředí, kde byla podle jeho slov vysoká kriminalita. Tomáš často bydlel po hotelích a všechny jeho tehdejší přítelkyně se živily prostitucí.

Drogová kariéra: Tomáš si jako teenager občas zakouřil trávu a pil alkohol, pak ho společník z herny přivedl na jedny narozeniny, kde vyzkoušel pervitin. Podle jeho slov ho to tak zásadně ovlivnilo, že si hned začal kupovat další dávky a do 14 dnů si začal drogu aplikovat nitrožilně. Do jednoho roku profetoval téměř celý majetek, který měl a rozprodal co mohl, aby měl na drogy. Denně bral tak gram pervitinu. Po určité době, když účinky drogy nebyli takové, jaké by si představoval, tak přešel na heroin nebo míchal obě drogy dohromady tzv. speed ball. Jeho hlavní drogou se ale stal na 8 let heroin. Během tohoto období se Tomáš živil hlavně nelegálně kriminální činností- kradl, přepadával lidi, prodával ženy a to i svoje partnerky. Během tohoto období byl Tomáš několikrát na detoxu v Ústí nad Labem, U Apolináře, ve Lnářích kde vydržel asi tři dny. Dále byl v PL Bohnice, kde byl asi 20 dní a PL Červený Dvůr. během tohoto období mu byla zjištěna porucha krvetvorby a hepatitida typu C. Po pobytu v různých léčebnách bral Tomáš opět drogy a živil se nelegálně. Podle jeho slov byl zcela na dně psychicky i fyzicky. Pak potkal lidi z Teen Challenge, kteří mu řekli: „Bůh o tobě také ví a má pro tebe plán“. Řekli mu o Teen challenge, Tomáš krátce na to nastupuje i se svou přítelkyní do Léčby. Každý do jiného zařízení.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 4:

Otázka číslo: 1) Jak se cítíte momentálně?

Odpověď Tomáš: Teď už dobře, děkuji.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém?

Odpověď Tomáš: Závislost na heroinu a pervitinu.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal, (jednoduše)?

Odpověď Tomáš: Dříve jsem byl sobecký, myslel jsem jen na sebe. Snažil jsem se nevypadat trapně, aby mě ostatní měli rádi.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie, nebo léčebného programu?

Odpověď Tomáš: Rokem 2004 začal pro mě nový život, dostal jsem nový smysl života. Byla

to tlustá čára za mým dosavadním životem. Naučil jsem se starat sám o sebe.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu?

Odpověď Tomáš: Pozitivních je celá řada, negativní nejsou.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Tomáš: Program je perfektně udělán, je nátlakový. Člověk musí vyvíjet pořád činnost. Pak je to hlavně víra, člověk musí uvěřit, člověk bez víry odejde a zrelapsuje, neunes tu tíhu.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro(příčinu) vašeho problému?

Odpověď Tomáš: Určitě ano.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil právě tento program, terapii? Kde jste se o něm dozvěděl, bylo pro vás něco při výběru programu terapie předem rozhodující?

Odpověď Tomáš: Nechtěl jsem žít svůj minulý život. Při výběru mě zaujalo svědectví člověka z Teen challenge, co bral a přestal.

Otázka číslo: 9) Objevili jste díky programu, terapii něco, co vás oslovilo, změnilo váš život nebo pohled na váš problém?

Odpověď Tomáš: Křesťanství a vztah k Bohu. Dříve v mém životě chyběla láska.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byli podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Tomáš: Ze začátku bylo něco příliš dlouhé, připadalo mi to, že je to pořád to samé dokola.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Tomáš: Pro mě osobně to byl odchod přítelkyně, když odešla z programu pro ženy. Hodně jsem se rozmyšlel jestli zůstanu. Pak třeba když mi přišly peníze, měl jsem velkou chuť zrelapsovat a odejít. Naštěstí jsem to vydržel a odnesl je do kanceláře a nechal je tam.

Otázka číslo: 12) Bylo něco co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Tomáš: Více volna v programu asi.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Tomáš: Jo, myslím, že jo. Ale občas mám sny a myslím na to, je to spojeno hlavně se silnými událostmi a emocemi v mém životě.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?

Odpověď Tomáš: Jsem spokojen se vztahy i smyslem. Teď chci jen křesťanství.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky, apod.)?

Odpověď Tomáš: Po interferonu (používá se pro léčbu VHC) Mám trochu psychické problémy. Někdy mi bývá smutno kvůli problémům v rodině.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku?

Odpověď Tomáš: Ne

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat, zvolil byste opět tento program, terapii?

Odpověď Tomáš: Ano.

Pozn.: Tomáš pracuje po absolvování programu v TK. Poštovice jako poradce a spolupracuje i v jiných aktivitách s TC.

Děkuji za rozhovor.

13.2 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 5

Datum : 16.4.2007

Jméno: Pavel

Popis dojmu:

Pavel vyrůstal na malém městě, zpočátku bydlel u rodičů, pak střídavě pobýval u babičky a doma. Jeho rodiče se rozvedli, když mu bylo asi devět let a maminka si brzo našla jiného přítele.

Pavel byl od malička dosti živý a jak sám říká nadělal se hodně lumpáren. S kamarády často organizovali drobné krádeže a kšeftování s různými věcmi. Když mu bylo asi patnáct let, začal chodit na učňák do jiného města, kde se dostal blíže k drogám a také s nimi začíná experimentovat. Učení ho podle jeho slov nebavilo a byl vždycky rád, že vypadl ze školy. Drogy pro něj začaly hrát čím dál větší roli. Učební obor nakonec nedokončil, odchází asi půl roku před dokončením. Když mu bylo asi devatenáct, měl na krku již trestní oznámení za krádeže a dostal podmíněčný trest. Pavel pracoval většinou krátce a vystřídal několik hůře placených zaměstnání. Později se začal živit jako překupník a výrobce drog, tzv. „vaříč“. To mu vynášelo dost peněz i na drogy. Po pár letech, kdy střídavě pracoval a živil se prodejem a výrobou drog, chtěl začít kvůli sobě a přítelkyni abstinovat a jít se léčit. Měl také problémy s policií. Nastoupil léčbu v PL Červený dvůr, ale nedokončil ji a odešel. Opět se vrací do svého původního života, bere dál drogy a vyrábí je. Při svých výletech za nákupem a prodejem drog se dostává často do většího města, tam je osloven pracovníkem Teen Challenge. Protože má současně problémy s bydlením a také finanční problémy, rozhodne se léčbu zkusit.

Drogová kariéra: Pavel od 14 let požíval alkoholické nápoje, pak vyzkoušel marihuanu. Od 16 let bral pervitin. Nejdříve nosem, pak nitrožilně. Později bral občas heroin a často v létě pobýval i několik dní u polí s makovicemi, kde s partou destilovali surové opium z makovic, které brali upravené jehlou. Poslední dobou podle jeho slov bral často subutex (buprenorfin), který má sloužit k substituční léčbě při závislosti na opiátech, ten bral také nitrožilně. Vyzkoušel i jiné drogy jako halucinogeny a taneční drogy.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 5:

Otázka číslo:1) Jak se cítíte momentálně ?

Odpověď Pavel: Dík, docela to jde.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém, případně diagnózu?

Odpověď Pavel: Kombinovanou závislost pervitin, heroin.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal, (jednoduše)?

Odpověď Pavel: Jsem spíše společenský člověk, byl jsem vždy spíše vůdčí typ, lidé se kolem mě točili a mě to nevadilo.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie, nebo léčebného programu?

Odpověď Pavel: Změn je víc, jinak se dívám na svět kolem, snažím se více myslet pozitivně a nemít z strach z toho co mě čeká. A nemyslím tolik na sebe.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu?

Odpověď Pavel: Pozitivních, jak jsem už říkal bylo víc, změna postoje k životu, jsem teď věřící člověk, takže i k Bohu. Měl jsem v sobě velký pocit prázdnoty. Teď se jinak dívám i na lidi kolem mě. Negativní změny asi nejsou o žádných nevim. Ztratil jsem většinu dřívějších přátel, ale to je spíš také pozitivní.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Pavel: Program mi celkem vyhovoval, i když jsem to nečekal, věřící jsem nebyl. Ty věci, ale člověka změní, myslím víra apod.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro (příčinu) vašeho problému?

Odpověď Pavel: Myslím, že spíš ano.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupil právě tento program, terapii?

Kde jste se o ní dozvěděl, bylo pro vás něco při výběru programu, terapie předem rozhodující?

Odpověď Pavel: No byla to spíš náhoda, také jsem tím trochu řešil svoje problémy. Věřící jsem nebyl, o těch věcech jsem nepřemýšlel.

Otázka číslo: 9) Objevil jste díky programu, terapii něco, co vás zásadně oslovilo, změnilo váš život nebo pohled na váš problém?

Odpověď Pavel: Určitě, byly to zkušenosti v komunitě a víra, jiný pohled na svět než jsem znal. I o sobě jsem začal přemýšlet jinak. Jinak se dívám na to, co jsem prožíval i na lidi okolo sebe, na náboženství, na svět celkově. Více optimisticky, nebojím se toho, co bude.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly v terapii, programu brzdící?

Odpověď Pavel: Nevím, jestli bylo něco brzdící, ze začátku mi přišlo, že je tady spousta věcí zbytečných.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Pavel: Když se na to dívám teď, tak určitě to, že jsme mluvili o některých věcech z pohledu víry, Bible. Tam to často bylo vypjaté.

Otázka číslo: 12) Bylo něco co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Pavel: Nevím, asi ne, víc osobního volna a možná přístup některých lidí.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený?

Odpověď Pavel: Myslím, že ano, ale občas na to myslím a někdy mám taky dost chutě.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy ,mysl, naplnění?

Odpověď Pavel: Co se týče naplnění, dřív jsem na to skoro nemyslel, spíš jsem měl pocity zbytečnosti, zlosti a myslel jsem i na sebevraždu. Teď se určitě cítím lépe, vztahy se taky zlepšily.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti(deprese, nutkavé myšlenky, apod.)?

Odpověď Pavel: Občas deprese asi nebo je to hodně špatná nálada. Někdy mi přijdou myšlenky na drogy, mám taky chutě(na drogu).

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku(nemusíte odpovídat)?

Odpověď Pavel: Ne

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat, zvolil byste opět tento program?

Odpověď Pavel: Myslím, že ano.

Děkuji za rozhovor

Pozn.: Pavel pracuje po ukončení 12 měsíčního pobytu v terapeutické komunitě jako dobrovolník v Tenn Challenge v oblasti prevence.

14. SOUKROMÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ CENTRUM ATELIER II.

Metoda holotropního dýchání v léčbě závislostí

Soukromé psychoterapeutické centrum Atelier II se nachází v Plzni v Černicích a je vedeno Mudr. Stanislavem Kudrlem. Doktor Kudrle zakládal v polovině 80. let v Plzni ambulantní program pro závislé na alkoholu a jeho snahou bylo od počátku vytvořit nějaký „jiný přístup“ k léčbě závislostí s potřebou dostat se více dovnitř problematiky závislých. Na počátku 90. let zakomponoval do programu odvykací léčby na Psychiatrické klinice v Plzni metodu holotropního dýchání, která tak otevřela možnost významně prohloubit náhledy získávané v dynamické skupinové psychoterapii. dr. Kudrle tak vytvořil ve fakulní nemocnici v Plzni program na pozicích transpersonální psychologie s využitím metody holotropního dýchání.

Soukromé psychiatrické centrum Atelier II otevřel dr.Kudrle jako svou soukromou praxi v roce 2001 v prostředí svého rodinného domku. Od roku 2006 slouží tato soukromá praxe k psychiatrické ambulantní léčbě a psychoterapii duševních poruch, vztahových problémů a ambulantní léčbě návykových nemocí. Zaměření jeho terapeutické práce je hlavně směrem k závislostním a vztahovým problémům, kde má dvacetiletou zkušenost z FN Plzeň.

Významnou součástí léčby tvoří semináře s holotropním dýcháním, které mají převážně skupinový charakter. Účastníci pomocí zážitkové techniky objevují svůj spirituální potenciál v rozšířeném stavu vědomí. Ambulantní léčba závislostí je tak tvořena individuální psychoterapií systemického typu, případně psychiatrickou léčbou, která je obohacena o techniky holotropního dýchání podle potřeb konkrétního klienta.

Součástí soukromého pracoviště Atelier II tak je:

- psychiatrická ambulantní léčba,
- individuální psychoterapie,
- skupinová psychoterapie,
- integrující dýchání, práce s tělem, masáže podle dr.Schmitta,
- reflexní zónové terapie,
- holotropní dýchání,
- supervize individuální a týmová.¹⁷¹

¹⁷¹ KUDRLE, S. *Doorway-Soukromé psychoterapeutické centrum AtelierII.* (on-line). Plzeň: Doorway (cit.2007-05-30). Dostupné na WWW:<<http://www.sweb.cz/doorway/>.

15. KAZUISTIKY A PŘEPISY ROZHOVORŮ S KLIENTY SOUKROMÉHO PSYCHOTERAPEUTICKÉHO CENTRA ATELIER II

15.1 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 6

Datum: 20. 4. 07

Jméno: Ivana

Popis dojmu:

Paní Ivana je žena středního věku bydlící ve větším městě. Pochází z úplné rodiny, má otce i matku a je již několik let vdaná, má jedno dítě a je bez sourozenců. Problém paní Ivany byla alkoholová závislost. S konzumací alkoholu začala paní Ivana již v dospívání, ale nikdy to pro ni nepředstavovalo problém. V určitém období svého života se paní Ivana dostala do finančních problémů a pracovala jako barmanka, zde dochází k nárůstu konzumace alkoholu. Podle jejích slov to byly nejdříve pouze různé alkoholové excesy a pití kvůli problémům, pak pila, aby zahнала deprese, které byly časté v alkoholových dojezdech. V dalším období to bylo popíjení hned od rána, kdy si paní Ivana dávala na rozjezd litr vína, nebo něco „tvrďšího“ alkoholu. Paní Ivana začala popíjet i v práci a začíná mít s alkoholem vážné problémy. Ve dvou případech upadá do bezvědomí a je odvezena na psychiatrické oddělení v Plzni. Nemocnici podle svých slov vždy opouštěla normálně a nepřipouštěla si, že by měla problém. Jednou absolvovala detox na zhruba 10 dní, měla vypumpovaný žaludek a trpěla nespavostí, v této chvíli začala uvažovat o léčbě. Byla na srazu Anonymních alkoholiků, ale neměla z toho dobrý pocit a dále v tomto způsobu léčby nepokračovala. Později nastupuje do léčby na psychiatrickém oddělení FN v Plzni v Lochotíně, kde absolvuje zhruba šesti týdenní léčbu, kterou vedl dr. Kudrle. Od té doby abstínuje. V současnosti chodí dvakrát ročně na hol. dýchání a pohovor k dr. Kudrlemu do jeho ambulantní praxe.

Drogová kariéra: Paní Ivana měla závislost na alkoholu a brala přitom někdy i léky jako lexaurin apod. Paní Ivana trpěla od 17 let také mentální bulimií.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 6:

Otázka číslo: 1) Jak se momentálně cítíte?

Odpověď Ivana: Docela dobře, děkuji.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měla problém, případně diagnózu?

Odpověď Ivana: Závislost na alkoholu.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsala,(jednoduše)?

Odpověď Ivana: Normální žena. Neměla jsem problémy s komunikací nebo tak, spíše citlivá.

Otázka číslo 4) Jaké změny jste si všimla od počátku terapie nebo léčebného programu?

Odpověď Ivana: Holotropní dýchání jsem absolvovala osmkrát včetně léčby, zpočátku mi to dělalo trochu problém, než se člověk rozdýchá, pak už to šlo. Při dýchání jsem měla ulpívavé tělesné pocity a prožívala jsem nepříjemné stavy. Nejprve to byl zážitek z nějakého rituálu, kde jsem měla vyrvané srdce a silný pocit škrcení, přitom také velké bolesti nohou. Velmi silně jsem také prožívala svůj vlastní porod, byl velmi těžký, viděla jsem ho z pocitu dítěte. Dále jsem prožívala pocity bodnutí a znásilnění a přitom silný pocit křivdy.

Otázka číslo 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu?

Odpověď Ivana: Pozitivních změn bylo více, například uvědomění si, že jsem součástí něčeho, člověk se otevře vnímání lásky. Získá silnou pozitivní motivaci. Negativní změna byla hlavně tělesná bolest po dýchání.

Otázka číslo 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Ivana: Člověk má ve své nevědomé části hlavně traumata. Ty vyplavaly na povrch a došlo k odblokování, přenáší se to na fyzické tělo, pak to odezní. Jako malé dítě jsem cítila např., že když je mi špatně, ostatní o mě pečují. Dávám si to do souvislosti s mým problémem, kdy jsem trpěla mentální bulimií.

Otázka číslo 7) Zachytil podle vás program nebo terapie jádro(příčinu) vašeho problému?

Odpověď Ivana: Určitě ano.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu, že jste nastoupila právě tento program, terapii?

Kde jste se o něm dozvěděla, bylo pro vás něco při výběru programu, terapie předem rozhodující?

Odpověď Ivana: Určitě ošetřující lékař, líbil se mi jeho duchovní přístup.

Otázka číslo: 9) Objevila jste díky programu, terapii něco, co vás zásadně oslovilo, změnilo

váš život nebo pohled na váš problém?

Odpověď Ivana: Člověk si začal vážit sám sebe, vlastního života, mít se rád, najít cestu k sobě. Nevadí mu, jak se na něj druzí dívají a srovná si určité věci. Také zmizely výčitky.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Ivana: Myslím, že žádné.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku nebo dokonce nápomocné?

Odpověď Ivana: Pocity osamělosti během dýchání, mělo to velký očistný proces. Křik a vztek, že nebylo něco jinak. Vztek na rodiče, že něco nevyjde na povrch.

Otázka číslo: 12) Bylo něco, co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Ivana: Asi ne, nevím.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Ivana: Závislost je třeba spoutat, nelze s ní experimentovat, ten problém mám vyřešený.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně-vztahy, smysl, naplnění apod.?

Odpověď Ivana: Ano, pozitivně ve všech směrech, značné zlepšení oproti dřívějšímu.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky apod.)?

Odpověď Ivana: Někdy mám samozřejmě černé myšlenky a depresivní nálady, ale dá se to ustát. Jinak mám třeba při sporech problémy, pak pocit prázdnoty.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku (nemusíte odpovídat)?

Odpověď Ivana: Ne

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohla vybrat zvolila byste opět tento program, terapii?

Odpověď Ivana: Ano Děkuji za rozhovor

15.2 Kazuistika a rozhovor s klientem číslo 7

Datum: 16.4. 07

Jméno: Petr

Popis dojmu:

Petr pocházel z menšího města, kde vyrůstal a prožil dětství. Petr neměl žádné sourozence jen nevlastní sestru. Jako malý chlapec byl často nemocný. Když mu bylo asi jedenáct let rodiče začali mít problémy a chtěli se rozvádět, nakonec k tomu však nedošlo. Petr v tu dobu pobýval hlavně u babičky a nevadilo mu to. Když mu bylo 15 let začal chodit na střední školu do většího města, zde měl první problémy s drogami, zkoušel alkohol a marihuanu. Při střední škole začal pracovat v jednom baru jako barman na brigádě, tam poprvé zkoušel pervitin a propadl mu. Snažil se odstěhovat z domova, pro neshody s otcem. S tím se skoro nestýkal, měli velké neshody hlavně kvůli drogám a jeho způsobu života. V jedné hádce dokonce došlo k fyzickému napadení otce, ten celou věc chtěl ohlásit na policii, ale nakonec to na naléhání jeho maminky neudělal.

Školu nakonec Petr s velkými problémy dokončil a odstěhoval se z domova. Vztahy s rodinou byly ale nadále napjaté. Petr se živil, jako to šlo, také jako překupník s drogami. Na čas pobýval v cizině, tam se snažil abstinovat, dělal tam spíše podřadné práce. Po návratu se opět celý kolotoč opakoval nanovo. Petr i zkoušel a experimentoval až na hranici lidských možností, co všechno jeho tělo vydrží. Aplikoval si do žíly například adrenalin apod. Mezitím byl podmíněně odsouzen za krádeže a jeho přítelkyně byla v jiném stavu. Po tragické nehodě umřel Petrovi jeho otec. Petr později začal trpět výčitkami svědomí a ještě více se oddával drogám. Po jedné proflámané noci, kdy se Petr probudil okraden, rozhodl se něco dělat se svou závislostí. Pobýval v PL Bohnice, tam byl také na detox. Vydržel tam asi měsíc a půl a na svou žádost pak odešel, přemýšlel o terapeutické komunitě nebo ambulantní léčbě. Snažil se abstinovat, ale šlo to těžce, měl časté recidivy. Ambulantně docházel k psychiatrovi, navštěvoval i psycholožku. V roce 2006 začal navštěvovat ambulantní léčbu u doktora Kudrleho. Zúčastnil se dvakrát holotropního dýchání a od roku 2006 chodí na ambulantní pohovory. Od té doby údajně jednou zrelapsoval, pak byl opět v pořádku.

Drogová kariéra: Petr měl četné zkušenosti s alkoholem, jeho primární droga je pervitin. Vyzkoušel i kokain, heroin, některé halucinogeny a extázi apod.

Přepis rozhovoru s klientem číslo 7:

Otázka číslo: 1) Jak se cítíte momentálně,

Odpověď Petr: Díky, jsem po práci, tak už to jde.

Otázka číslo: 2) Jaký jste měl problém, případně diagnózu?

Odpověď Petr: Měl jsem hlavně problémy s pervitinem a občas se přidal alkohol, v létě také makovice. Později jsem si dal, co mi přišlo pod ruku, nejraději ale pervitin. Jinak jsem vyzkoušel skoro vše.

Otázka číslo: 3) Jak byste se popsal, stačí jednoduše?

Odpověď Petr: To ani nevím, lidi mi nevaří a rád mezi ně chodím, ale často mám různé myšlenky, tak sám pro sebe, pak jsem nejraději sám.

Otázka číslo: 4) Jaké změny jste si všiml od začátku terapie, programu?

Odpověď Petr: Prožil jsem svůj porod a cítil jsem, že to byl dost těžký zážitek pro mě i mou matku. Byly to hlavně pocity dušení, ale přineslo mi to značné uvolnění. Prožíval jsem dále něco jako výjevy z apokalyptického filmu, ocitl jsem se v cizí krajině, tou jsem musel projít, během toho jsem měl velmi svíravé pocity, pociťoval jsem všude výbuchy a sesuvy půdy, obrovské erupce a temnou oblohu. V tom jsem měl velmi zvláštní pocity strachu a bezmoci, ale také určité vzrušení a vztek, byl jsem dost zmatený. Důležité pro mě bylo v dalším dýchání hlavně setkání s mým zemřelým otcem. Během setkání jsem si uvědomil, co všechno zůstalo nevyřčeno a jak byl ten vztah pro mě důležitý, i když jsem to dříve tak nevnímal. Došlo tím k určitému narovnání a smíření s jeho smrtí. Po dýchání u mě došlo vždy k velkému uvolnění a pocitu smíření se s životem.

Otázka číslo: 5) Můžete konkrétně kvalitativně ohodnotit každou negativní a pozitivní změnu?

Odpověď Petr: Pozitivních je dost, největší určitě pocit smíření se s některými věcmi a celkově jsem klidnější, neberu drogy. O negativních nevím.

Otázka číslo: 6) Jak si vysvětlujete, že došlo během terapie, programu ke změnám?

Odpověď Petr: Jak už jsem říkal, uvědomil jsem si některé věci, které jsem dříve

nevnímal, ani jsem o nich nepřemýšlel.

Otázka číslo: 7) Zachytil podle vás program, nebo terapie jádro(příčinu), vašeho problému?

Odpověď Petr: Myslím, že ano.

Otázka číslo: 8) Co vás vedlo k tomu , že jste nastoupil právě tento program, terapii? Kde jste se o něm dozvěděl, bylo pro vás něco při výběru programu terapie předem rozhodující?

Odpověď Petr: Dozvěděl jsem se o tom od mé známé, co měla s dýcháním také dobré zkušenosti. Chtěl jsem to zkusit.

Otázka číslo: 9) Objevili jste díky programu, terapii něco, co vás zásadně oslovilo, změnilo váš život, nebo pohled na váš problém?

Odpověď Petr: Ano, všechny ty zážitky byly důležité, určitě se změnil můj pohled na život celkově. Mám pocit, že mi to dalo nový směr v životě. Víc si vážím života.

Otázka číslo: 10) Jaké věci byly podle vás v terapii, programu brzdící?

Odpověď Petr: Nevím, asi žádné.

Otázka číslo: 11) Jaké věci byly v programu, terapii těžké a bolestivé, ale v pořádku, či dokonce nápomocné?

Odpověď Petr: Pocity při setkání se zemřelým otcem, bylo to intenzivní a můj porod.

Otázka číslo: 12) Bylo něco, co v programu, terapii podle vás chybělo?

Odpověď Petr: To nevím, asi ne.

Otázka číslo: 13) Považujete váš problém za vyřešený, uzavřený?

Odpověď Petr: Zatím se držím, jednou jsem zrelapsoval, ale podařilo se mi to zvládnout.

Vím, že už nikdy nebudu jako ostatní lidé, ten problém tam je pořád, ale bojuji s tím. Myslím ale, že hodně mám už vyřešeno.

Otázka číslo: 14) Jak hodnotíte váš současný život, kvalitativně -vztahy,mysl, naplnění apod.?

Odpověď Petr: Zlepšení vidím, hlavně co se vztahů týká, jak jsem říkal, na život se

teď dívám jinak.

Otázka číslo: 15) Máte nějaké psychické problémy v současnosti (deprese, nutkavé myšlenky apod.)?

Odpověď Petr: Určitě občas mívám hodně špatné stavy, deprese, snažím se to zvládat.

Taky mám chutě a v tu chvíli i dost nutkavé myšlenky. Doufám, že to bude lepší.

Otázka číslo: 16) Berete nějaké léky na psychiku(nemusíte odpovídat)?

Odpověď Petr: Bral jsem nedávno antidepresiva, teď je momentálně neberu.

Otázka číslo: 17) Kdybyste si mohl znovu vybrat, zvolil byste opět tento program, terapii?

Odpověď Petr: Asi ano.

Děkuji za rozhovor

16. ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

16.1 Vyhodnocení sledovaných bodů

Při průzkumu zaměřeném na srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání při léčbě závislostí je možno na základě sledování vytyčených bodů:

- 1) důvodu, proč klient nastoupil do léčby a proč si vybral tento konkrétní typ léčby,
- 2) celkového stavu klienta a toho jak se klient cítí,
- 3) subjektivního pocitu změny, který nastala od začátku terapie, programu,
- 4) kvalitativního hodnocení změn pozitivních i negativních,
- 5) vyřešení či nevyřešení problému, s kterým pacient do léčby, programu nastoupil, zda došlo k vyřešení příčiny problému,
- 6) změny pohledu na vlastní problém závislosti,
- 7) výhradám vůči programu, terapii,
- 8) hodnocení svého života-smyslu, naplnění, vztahů,
- 9) psychických problémů v době rozhovoru,
- 10) zda klient bere léky na psychiku- antidepresiva, sedativa apod.,

11) zda by klient zvolil znovu stejný typ programu, terapie,

řící toto: Při srovnání faktů získaných v jednotlivých rozhovorech bylo v bodu číslo 1) důvodu, proč klienti nastoupili konkrétní druh léčby zjištěno, že jednotliví klienti nastupující do konkrétního programu, terapie neměli před začátkem určitého programu nebo terapie většinou jasnou motivaci pro určitý typ léčby, vyjma případů, kdy klienti již podruhé navštěvovali určitý typ léčby. Týká se to hlavně klientů kognitivně-behaviorálního přístupu, kteří absolvovali tento typ léčby opakovaně. V ostatních případech jsou důvody různé a většinou jim konkrétní typ léčby byl doporučen nebo zvolen náhodně. Např. ani u dotazovaného vzorku klientů ve spirituálním přístupu, třeba otázky víry, nebo náboženství nehrály roli významného faktoru, který by předem ovlivnil výběr.

V bodu číslo 2) celkovém stavu klienta, jak se klient cítí během rozhovoru, byl ve všech případech zaznamenán stav přiměřený situaci, bez známk nějakého výrazného vnějšího nebo vnitřního rozrušení. Klienti většinou udávali svůj stav jako lepší než před absolvováním léčby. Mezi klienty jednotlivých přístupů jsem zaznamenal více pozitivní ladění u klientů spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání.

V bodu číslo 3) subjektivní změně, která nastala v jednotlivých přístupech jsem zaznamenal u všech klientů subjektivní změny, které jsou následkem konkrétního přístupu nebo léčby. U klientů spirituálního přístupu je to celková orientace, která vyplývá z přijetí naprosto jiného životního stylu a víry v terapeutické komunitě. U klientů kognitivně-behaviorálního přístupu se změny týkají především oblasti návyků a změn chování. Až na jednoho klienta, který udával také změnu pohledu na život jako celek. U klientů, kteří absolvovali metodu holotropního dýchání byla důležitá změna v oblasti vnímání svého života, závislosti a s tím spojených konkrétních problémů.

V bodu číslo 4) při hodnocení kvalitativních změn v průběhu léčby jsem nezaznamenal ani u jednoho z dotazovaných klientů výrazné negativní hodnocení nějaké změny v průběhu terapie nebo programu, které byly spojené s konkrétním přístupem. U pozitivních změn pak převažuje u klientů spirituálního přístupu v terapeutické komunitě Teen challenge a u metody holotropního dýchání nový pohled na život a některé problémy. U klientů kognitivně-behaviorálního přístupu je to více pohled na „svou“ situaci, jeden klient PL Červený Dvůr pak uváděl i změnu životního pohledu.

V bodu číslo 5), zda u klientů došlo k vyřešení či nevyřešení konkrétního problému závislosti, uváděli klienti spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání podchycení příčiny problému závislosti. U klientů kognitivně- behaviorálního typu léčby pak jeden klient uvádí, že rozhodně ne, druzí dva částečně ano, ale s výhradami.

V bodu číslo 6), zda došlo ke změně pohledu na vlastní problém závislosti, uvádí změnu ve svém vnímání závislosti opět spíše klienti, kteří absolvovali spirituální přístup léčby a metodu holotropního dýchání. Tento problém je pak spíše nahlížen v celkovém konceptu chápání svého života jako celku. Klienti všech tří přístupů pak uvádí, že problém závislosti i po absolvování léčby vyřešen zcela není nebo převládají obtíže ve formě chutí (cravingu), vzpomínek na drogy a nejistoty v některých životních situacích.

V bodu číslo 7), popisujícím výhrady vůči konkrétnímu přístupu, byly zaznamenány spíše systémové výhrady k uspořádání léčby. Pacienti PL Červený Dvůr pak jako nedostatek shodně uvádějí málo individuálních kontaktů s terapeuty a terapie v rámci menších skupin. Jeden pak uvádí i hodiny arteterapie. U klientů spirituálního přístupu byla výhrada k nedostatku osobního volna.

V bodu číslo 8), který hodnotí smysl života u klientů v jednotlivých přístupech, vykazují klienti u metody holotropního dýchání změnu života spojenou se zážitky během holotropního dýchání a návazně potom uvědomění si nových hodnot, které pro ně život představuje. U klientů spirituálního přístupu je to potom celková změna životního stylu a přijetí víry. Klienti kognitivně-behaviorálního přístupu, nevykazovali až na jeden případ výraznou změnu životního postoje nebo smyslu života.

V bodu číslo 9), který zjišťuje psychické problémy u klientů po léčbě v jednotlivých přístupech, byly u všech klientů zaznamenány určité projevy psychických problémů, hlavně deprese a různé nutkavé myšlenky.

V bodu číslo 10), který zjišťuje, zda klienti berou nějaké léky na psychiku, byly v jednom případě u klienta kognitivně-behaviorálního přístupu zaznamenány antidepresiva a neuroleptika a u klienta, který absolvoval metodu hol. dýchání, antidepresiva.

V bodu číslo 11), zda by klient opět volil stejný druh léčby nebo přístupu, byla v případě kognitivně-behaviorálního typu léčby u dvou klientů zaznamenána negativní odpověď a jeden

nevěděl, jak by odpověděl. Klienti ze spirituálního přístupu léčby odpověděli, že ano. Klienti, kteří absolvovali metodu holotropního dýchání také ano.

16.2 Ověření základních předpokladů průzkumu

Při srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání, byly na základě teoretické přípravy stanoveny základní předpoklady a na základě zjištěných údajů dospěno k těmto závěrům:

Předpoklad číslo 1), že kognitivně-behaviorální přístupy budou z hlediska efektu léčby nejpřínosnější. Lze říci, že tento předpoklad se na zkoumaném vzorku klientů potvrdil jen z části. Dotazovaní klienti kognitivně-behaviorálních přístupů sice abstinují, ale klienti ostatních přístupů také. Pokud se ovšem hlouběji podíváme na důvody abstinence dotazovaných klientů a posuzujeme je z dlouhodobějšího hlediska, tak je možno říci, že klienti ostatních přístupů vykazují pevnější základy pro déle trvající abstinenci.

Předpoklad číslo 2), že na poli chování bude přínos kognitivně-behaviorálních přístupů nejtrvalejší, zde lze také říci, že předpoklad se potvrdil opět jen z části. U klientů z ostatních přístupů jsou změny také trvalé. Jako velmi důležitá se pak jeví vnitřní motivace u jednotlivých klientů, kteří prošli konkrétním přístupem. U klientů kognitivně-behaviorálního přístupu je změna chování založena na jiném principu, než u ostatních klientů. Je spíše projevem naučeného chování než výrazem vnitřní změny nebo postoje.

Předpoklad číslo 3), že spiritualita hraje významnou roli v procesu léčby, je možno říci, že tento předpoklad se potvrdil. Klienti spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání, kteří se setkali s konkrétními jevy týkajícími se vlastní spirituality nebo něčeho, co je přesahuje, uvádějí tyto věci jako zásadní pro další průběh léčby. U klientů spirituálního přístupu je to pak celková změna životního stylu založená na přijetí víry a života z víry, která hraje v léčbě ústřední roli. Klienti kognitivně-behaviorálního přístupu chápou spiritualitu spíše v širším pohledu, většinou jako něco, „co by šlo do hloubky problému“. Tyto věci pak mají potřebu řešit.

Předpoklad číslo 4), že spiritualita bude mít významný vliv na duchovní život a smysl života jedince, se potvrdil. U klientů, kteří prošli spirituálním způsobem léčby je zřejmý velký

vliv víry a spirituality na jejich další život, na vyrovnání se svými problémy a závislostí. U klientů, kteří prošli metodou holotropního dýchání, je spiritualita úzce spjata se zážitky během dýchání a je možno říci, že tyto prožitky mají zásadní vliv na jejich další duchovní život. U klientů kognitivně-behaviorálního přístupu se zdá, že jsou spirituální a duchovní potřeby často nedostatečně uvědomované a během léčby se spíše neřeší, proto nemají tak velký vliv na další život a abstinenci.

Předpoklad číslo 5), že víra v Boha a duchovní růst může být zásadním a podstatným prostředkem ke změně vnitřních struktur jedince a jeho života. Lze říci, že tento předpoklad se potvrdil u klientů spirituálního přístupu léčby a částečně také u klientů, kteří absolvovali metodu holotropního dýchání, kde některé zážitky, například pocit absolutní lásky a jednoty s celým vesmírem vedou k jakému-si druhu víry v Boha nebo kosmickou inteligenci.

Předpoklad číslo 6), že klienti, kteří prošli metodou holotropního dýchání, pochopili hlubší důvody svého problému závislosti. Zde je možno říci, že tento předpoklad se potvrdil jen z části. U dotazovaných klientů, kteří prošli metodou holotropního dýchání, je po vyřešení některých traumatizujících událostí v jejich nevědomé části psychiky dosaženo zřejmého zlepšení či vyřešení problému závislosti. Ale žádná z těchto událostí nebyla jednoznačně přímo spojována s problémem závislosti nebo nebyla popsána jako vysvětlující princip tohoto problému.

Předpoklad číslo 7), že jedinci, kteří prošli metodou holotropního dýchání, nastoupili novou životní cestu, která je spojená s vyřešením traumatizujících událostí v jejich životě. Je možno říci, tento předpoklad se u dotazovaných klientů potvrdil, klienti, kteří prošli metodou holotropního dýchání získali v důsledku těchto zážitků nový pohled na život jako celek a dalo by se říci, že tak nastupují novou cestu ve svém životě.

17. ZÁVĚR

Drogy a omamné látky vždy provázely lidstvo a to ve všech kulturních epochách, vždy byly užívány nebo zneužívány, a ať už byl jejich účel jakýkoliv, jejich vliv byl značný. Problém závislosti na omamných látkách a drogách se však začíná ve větší míře objevovat až ve 20. století. A tak mluvíme-li o omamných látkách a drogách ve spojitosti s problémem

závislosti, je nutné řešit hlavně náš vztah k nim a ptát se, koho nebo co nám tyto látky případně nahrazují.

V mé práci jsem se pokusil o srovnání tří přístupů, které jsou v současnosti využívány v léčbě závislostí a to kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání. Mou snahou bylo poskytnout dostatečné teoretické i praktické informace o sledované problematice a o těchto srovnávaných přístupech na základě dostupné literatury a poskytnutých rozhovorů.

V první, teoretické části mé práce, se věnuji v několika kapitolách tématům, jako je úloha omamných látek a drog v dějinách, dále procesu vzniku závislosti, systému léčby u nás a úloze psychoterapie v léčbě závislostí. V závěru této části jsou přiblížena jednotlivá teoretická východiska těchto přístupů a jejich základní předpoklady.

Ve druhé, prakticky zaměřené části mé práce, se věnuji vybraným zařízením, která aplikují tyto tři přístupy, a jejich celkové charakteristice. Zástupcem kognitivně-behaviorálního přístupu je Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, zástupcem spirituálního přístupu terapeutická komunita Poštovice, mezinárodní křesťanská organizace Teen Challenge a jako zástupce metody holotropního dýchání Soukromé psychoterapeutické centrum, Atelier II. V této části práce jsou vymezeny také sledované body a stanoveny základní předpoklady v rozhovorech s klienty těchto tří přístupů.

V závěrečné fázi této části jsou uveřejněny rozhovory s klienty z uvedených přístupů, a to tři rozhovory s klienty z psychiatrické léčebny Červený Dvůr a po dvou rozhovorech s klienty z terapeutické komunity Poštovice a Soukromého psychoterapeutického centra Atelier II. Na základě sledovaných bodů jsem došel k těmto závěrům:

Pokud jde o specifické cíle průzkumu 1) a 2) a to, zmapování situace jednotlivých klientů a popsání procesů změn u jednotlivých klientů. Zdá se, že všichni klienti prošli v průběhu léčby určitými změnami (viz. rozhovory), které měly vliv na jejich další život, a to jak ve smyslu životní změny, tak i změny vzhledem k abstinenci. Klienti kognitivně-behaviorálního přístupu prošli nejvíce změnami v oblasti návyků a chování, klienti spirituálního přístupu změnili celkový životní přístup a přijali víru. Klienti, kteří absolvovali metodu holotropního dýchání, změnili na základě prožití určitých situací při holotropním dýchání vztah k sobě i některým skutečnostem v jejich životě.

U specifických cílů 3) a 4), což jsou popsání důvodů, které vedly k vybrání určitého směru, zhodnocení klientů a zda podle jejich názoru došlo k definitivnímu vyřešení konkrétního problému. Zde lze říci, že jednotliví klienti si vybrané přístupy vybírali buď na základě předchozí zkušenosti, na doporučení lékaře nebo náhodně. Při vlastním hodnocení toho, zda došlo k vyřešení problému závislosti, je možno říci, že ani u jednoho z klientů nelze stoprocentně tvrdit, že by problém závislosti byl zcela vyřešen. V tomto bodu u klientů spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání více převažoval názor, že problém mají již vyřešen, než u klientů kognitivně-behaviorálního přístupu.

Pokud jde o obecné cíle 1) a 2), což je zhodnocení těchto třech přístupů na základě uskutečněného rozhovoru a snahu o zachycení přínosu těchto přístupů, lze konstatovat, že všechny tři přístupy se zdají být přínosné pro vybraný vzorek klientů s diagnózou závislosti. Každý přístup má však svá specifika, která vycházejí z konkrétních metod a předpokladů jednotlivých přístupů. Při jejich zhodnocení lze na základě zkoumaného vzorku u *kognitivně-behaviorálního přístupu* v PL Červený Dvůr říci, že je lepší zejména v oblasti návyků a nově naučeného chování. Klienti udávají tento způsob léčby jako přínosný zejména zamezením přístupu k drogám a vybudováním nových návyků. U jednoho klienta pak byla zaznamenána změna životní orientace a pohledu na život a to hlavně v názoru na některé konkrétní věci, které řešil ve svém životě. Jako problematické se mi u této metody jeví nedostatečné proniknutí do širších souvislostí, se kterými je problém závislosti spojen. Jednotlivým klientům pak také chybí užší kontakt s terapeutem a mají pocit, že jejich problém není zcela řešen ani vyřešen. Další problém představuje chybějící spirituální složka, která se může projevat např. chybějícím ukotvením v životě, nedostatečnou změnou životní orientace nebo přemýšlením o sebevražděných sklonech apod.

U spirituálního přístupu (Teen Challenge) je změna v chování u vybraných klientů doprovázena celkovou změnou životní orientace, přijetím víry a vyznáváním nových hodnot. Pokud u klienta, který nastoupí do léčby, dojde k této změně, pak je přístup obvykle úspěšný. Oficiálně udávané procento úspěšnosti je 80%, při ne zcela jasných kritériích. Bohužel se mi nepodařilo dostatečně zjistit, zda celých 80% úspěšně vyléčených přijme víru, a tím nový způsob života. Pro další výzkum tohoto přístupu by byla nejspíše zapotřebí dlouhodobější katamnestická studie. Za částečně problematické považuji i to, že klienti, kteří byli mnou kontaktováni a poskytli mi interview, jsou také zaměstnanci organizace Tenn Challenge. Kontakt na někoho, kdo absolvoval tento způsob léčby a nebyl by alespoň z části součástí této organizace, se mi nepodařilo od této organizace získat. Problematické se mi v tomto přístupu

zdá být i hledisko předávání víry jako takové, bez vnitřní motivace konkrétních klientů a jednostranné předávání postojů a názorů, které tato organizace v rámci léčby vyznává. Bez širšího dialogu a zasazení do určitého kontextu tak může být pohled na tyto věci značně zkreslený.

U metody holotropního dýchání mohu na základě získaných informací u dotazovaných klientů říci, že tato technika nejspíše přispívá k řešení problémů spojených se závislostí a tím k celkovému stavu klientů. Dotazovaní klienti udávali po opakovaném dýchání značnou změnu pohledu na svůj život a své problémy a s tím spojenou následnou abstinenci. V obou případech je pak udáván nový pohled na životní okolnosti a u klientky pocit sounáležitosti s vesmírem nebo něčím, čeho je součástí.

Jako problematické se jeví jak konkrétní traumatizující zážitky, které klient v holotropním stavu prožívá, souvisejí s problémem závislosti a zda jednotlivé zážitky nemohou vyvolat například riziko jiného psychického onemocnění apod. Negativní jsou bolesti, které klientka udávala po holotropním dýchání.

Pokud jde o obecný cíl 3) zvolení nejvhodnější léčby na základě získaných faktů, pak všechny tři zkoumané metody mají své silné i slabé stránky, které by bylo možno využít pro určitou komplexní metodu léčby závislosti. *U kognitivně-behaviorálního přístupu*, reprezentovaného PL Červený Dvůr, považuji za nejpřínosnější aktivity spojené s naučením vhodných návyků a propracovaný pevný režim, bez něhož celková abstinence není dlouhodobě možná. Jako velmi efektivní se mi jeví i práce v komunitě a některé metody autotréningu v krizových situacích, které klientům značně ulehčují pozdější orientaci v podobných situacích, dále pracovní terapie a samostudium.

V rámci spirituálního přístupu (Teen Challenge), lze na léčbě rovněž ocenit její jasný řád a stanovená pravidla. Tento způsob léčby je založen na celkové změně životního stylu a využívá terapeutického působení, které poskytuje víra a život v komunitě. Z mého pohledu je tento léčebný princip stále ještě silně podceňován, i když má značné pozitivní přínosy. Pokud někomu, kdo je drogově závislý, pomůže víra a projde tak také určitou životní konverzí, pak je to minimálně ze zdravotního hlediska přínosné a nelze nic namítat.

U metody holotropního dýchání se zdá být největším přínosem řešení skrytých konfliktů, které mohou i nemusí být důvodem pro závislostní způsob chování. Po prožití těchto nebo

s tématem nějak spojených problémů a konfliktů došlo u dotazovaných klientů k vyřešení závislostních problémů a pozitivní orientaci do budoucnosti. Dochází také k určitému smíření se sebou samými. Problém této metody spočívá v ne zcela jasné spojitosti s problémy závislosti i různých zdravotních nebo psychických komplikacích.

Pokud by se měl stanovit jednotný přístup při léčbě závislostí na základě těchto tří přístupů, pak by měl být postaven na jasných základech, spojených s návyky a denním režimem, jako je tomu u kognitivně-behaviorálního přístupu, dále by měl obsahovat silně zvýrazněný prvek spirituality a s ním spojených témat, založený na konkrétní poptávce ze strany jednotlivých klientů. Tento prvek by měl být v léčbě povinný pro všechny klienty a měl by být konzultován jednak s terapeuty a, dále pak také s lidmi, kteří se zabývají vírou a spiritualitou profesionálně.

Metodu holotropního dýchání pak vidím jako vhodnou doplňující metodu u klientů, kteří mají buď nějaké traumatizující zážitky, např. z dětství nebo projeví o tuto možnost zájem, samozřejmě pod vedením školeného personálu. Pro další upřesnění přínosů jednotlivých zkoumaných přístupů, při léčbě závislostí a jejich možného využití, nebo jejich vzájemného doplňování, by bylo zapotřebí provést nejspíše rozsáhlejší výzkum, který by sledoval konkrétní potřeby klientů se závislostí a snažil se tak více odhalit širší souvislosti problému závislosti. Výzkum by měl také sledovat dlouhodobější stav klientů, kteří prošli některým typem léčby.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

Seznam literatury:

ADIKTOLOGIE, *odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. Tišnov: SCAN: 2005. Ročník 5, číslo 2. ISSN: 1213-3841.

ARTERBURN, S. BURNS, J. *Drogy klepou na dveře*. Brno: Nová naděje, 2001. IBSN-80-86077-03-9.

BUDINA, Z., FROUZOVÁ, M., STIBUREK, M., TRÁVNÍČKOVÁ, I., TYRLÍK, M. *Drogy ze všech stran. Sborník přednášek-mezioborový pohled na drogovou problematiku*. Praha: Filia 1995. IBSN 80-901966-1-6.

ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 2003. IBSN 80-7207-512-8.

GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: GEMMA89 1992. IBSN 164-006-92.

GROF, S. *Psychologie budoucnosti*, z angl. orig. *Psychology of the future*. Praha: Perla, 2004. IBSN 80-902156-6-1.

GROF, S., BENET, H. Z. *Holotropní vědomí*. Havlíčkův Brod: Tiskárny Havlíčkův Brod, 1992. IBSN 80-85206-18-8.

GROF, S. *Za hranicemi mozku*, z angl.orig. *Beyond the Brain*. Praha: GEMMA89, 1992. IBSN 80-85-206-12-9.

HAJNÝ, M. *O Rodičích dětech a drogách*, Praha: Grada, 2001. IBSN 80-247-0135-9

HELLER, J. PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. IBSN 80-7169-277-8.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. IBSN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, IBSN 80-86734-05-6.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, 2.dopl.vydání, Praha: Portál, 1998. IBSN 80-7178-280-7.

KUDRLE, S. *Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, návyky*. Dorway: 1993.

MOŽNÝ, P. PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999. IBSN 80-7254-038-6.

MASTERS R, HUSTONOVÁ J. *Druhy psychedelické zkušenosti*. Praha: Dharmagaia a Maťa, 2004. IBSN-80-86685-18-7.

- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. IBSN 80 7178-831-7.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. IBSN 80-85121-52-2.
- PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1995. s.11. IBSN -80-85800-25-X.
- PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch*. Praha: psychiatrické centrum, 1995. IBSN 80-85121-98-0.
- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy*, překl.4.vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. IBSN 80-7169-766-4.
- PITA D. *Nezdravá závislost*. Kostelní vydrří: Karmelitánské nakladatelství ,2000. Překl. z angl orig. Addictions Counseling. A practical Guide to Counseling People with Chemical and Other Adductions. IBSN- 80-7192-377-X .
- ROTGERS, F.a kol. *Léčba drogových závislostí*, Grada Publishing, 1.vydání, Praha 1999. IBSN 80-7169-836-9
- RUDGLEY R. *Kulturní alchymie*. Praha: NLN, s.r.o., 1993. IBSN- 80 7106-118-2.
- SZASZ, T. *Drogy: Historie jedné hysterie*. Praha: Votobia, 1997. IBSN -80-85867-31-2.
- TIMULÁK L. *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton 2005. IBSN - 80-7254-707-0.
- VYMĚTAL, J.a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanal. nakl. J.Kocourek 1997. IBSN-80-86123-02-2.

Internetové zdroje:

- KUDRLE, S. *Doorway-Soukromé psychoterapeutické centrum AtelierII*. (on-line). Plzeň: Doorway (cit.2007-05-30). Dostupné na: <<http://www.sweb.cz/doorway/>>
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Spiritualita u návykových nemocí*. (online). Drogový informační server, (cit. 15.4.2007). Dostupné na: <http://www.drogy.net/clanek/spiritualita-u-navykovych-nemocí_2006_07_12.html>
- TEEN CHALLENGE Česká republika (online). Praha: Teen Challenge, (cit.2007 -05-29). Dostupné na: <<http://www.teenchallenge.cz>>

Jiné dokumenty:

- DVOŘÁČEK, J.a kol.primáře. *Léčebenský řád- vnitřní předpis* PL Červený Dvůr: 2005

ABSTRAKT

JAMBRIKOVIČ, D. *Srovnání některých přístupů v léčbě závislosti*. České Budějovice 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce PhDr. Jan Polivka.

Klíčové pojmy: drogy, drogová závislost, léčba, systém léčby, psychoterapie, kognitivně-behaviorální přístup, spiritualita, anonymní alkoholici, holotropní dýchání.

Práce se zabývá srovnáním kognitivně-behaviorálního přístupu, spirituálního přístupu a metody holotropního dýchání v léčbě závislosti. Teoretická část práce začíná stručným pohledem na úlohu některých omamných látek a drog v dějinách, dále se věnuje popisu vzniku závislosti, jednotlivým modelům závislosti, systému péče o drogově závislé a možnostem psychoterapie v léčbě drogově závislých. V závěru této části jsou představeny základní předpoklady těchto tří přístupů a metod, které používají v léčbě závislosti.

Praktická část obsahuje bližší charakteristiku a pokus o srovnání tří zvolených zařízení: Státní Psychiatrické léčebny Červený Dvůr jako zástupce kognitivně-behaviorálního přístupu v léčbě závislosti, terapeutické komunity Poštovice jako zástupce spirituálního přístupu v léčbě závislosti a Soukromého psychoterapeutického centra, Atelier II, jako zástupce metody holotropního dýchání v léčbě závislosti. Všechna tři zařízení poskytují léčbu lidem závislým na alkoholu nebo jiných návykových látkách, ale vycházejí z odlišných přístupů. Součástí této části práce jsou také přepisy strukturovaných rozhovorů s klienty. Na závěr jsou sledované přístupy vyhodnoceny na základě určitých bodů a je navržen kompromisní přístup v léčbě závislosti.

ABSTRAKT

JAMBRIKOVIČ, D. *The comparison of some methods in drug abuse treatment.*

České Budějovice, 2007. MA thesis. The University of South Bohemia in České Budějovice. The Faculty of Theology. Department of Psychology and Sociology. Supervisor of the MA thesis PhDr. Jan Polivka.

Key words: drugs, drug addiction, treatment, system of treatment, psychotherapy, cognitive-behavioral approach, spirituality, anonymous alcoholics, holotropic breathwork

The MA thesis compares cognitive-behavioral, spiritual and holotropic breathwork approaches in drug abuse treatment. The theoretical part briefly describes a function of some psychotropic substances and drugs in history. It follows the description of drug addiction genesis and drug addiction types. Other chapter of the theoretical part deals with system of treatment for drug addicts and role of psychotherapy in the treatment. There is also a description of three fundamental approaches for three methods used in drug abuse treatment at the end of the theoretical part.

The practical part of the MA thesis characterizes the comparison of three institutions, which use different methods in drug abuse treatment. The chosen institutions were: cognitive-behavioral method – Červený Dvůr Psychiatric Hospital, spiritual approach – Postovice Therapeutic Community, holotropic breathwork method – Atelier II Private Psychotherapeutic Centre. Although, each of these institutions provides a treatment for substance (alcohol or other psychotropic drugs) abuse and addiction, their methods / approaches to the treatment have different fundamental bases. This part also contains transcriptions of structured talks with clients who experienced the mentioned methods / approaches. At the end of the MA thesis the selected approaches based on monitored marks are analyzed and compromise approach for drug abuse treatment is suggested.

