

# Úzdrava & drogy

Sborník odborné konference

Praha 15.-16. října 2015





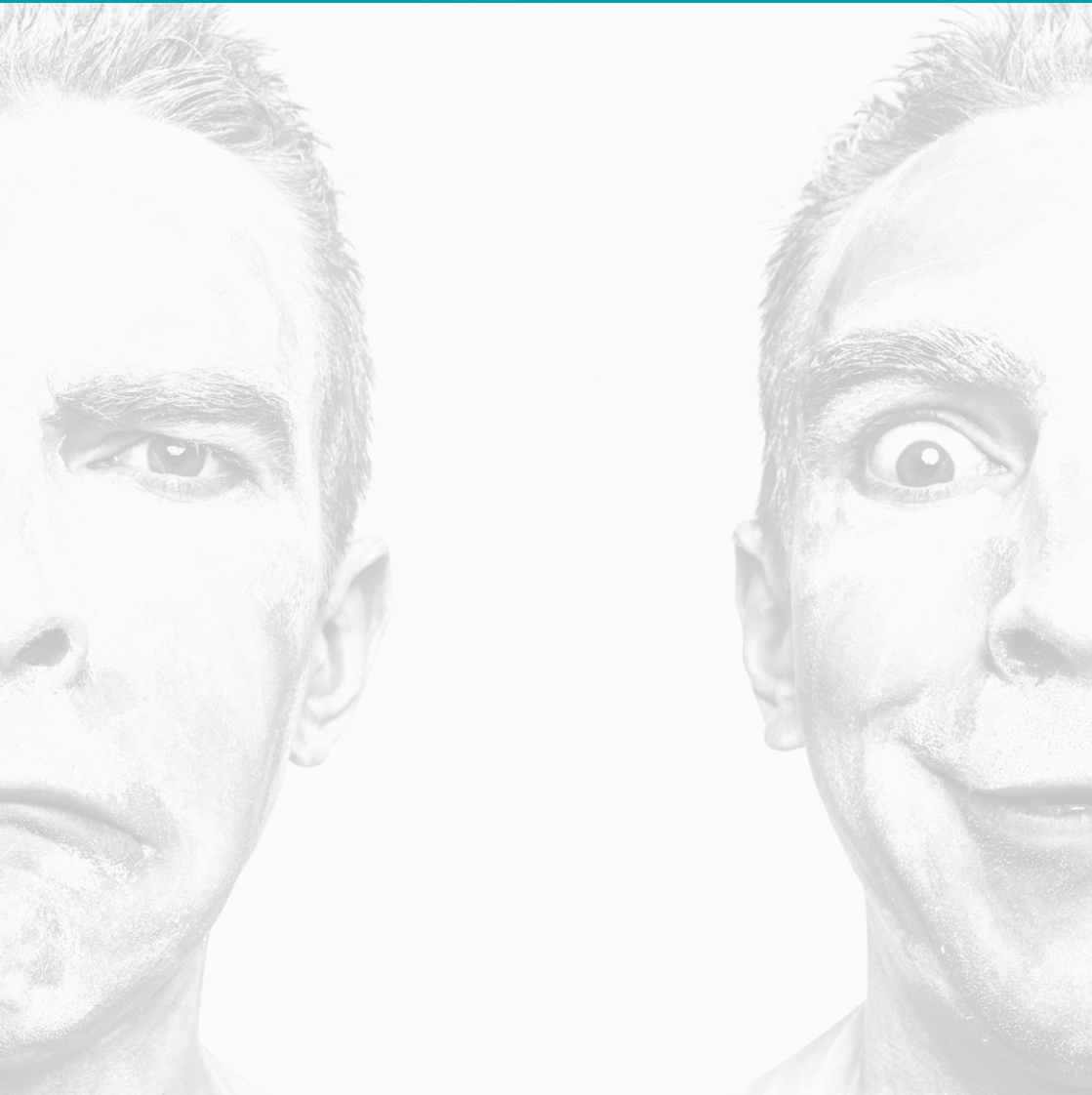




# Úzdrava & drogy

Sborník odborné konference

Praha 15.–16. října 2015



Konference se konala při příležitosti sedmdesátin Kamila Kaliny a 25 let SANANIMU.  
Za podporu děkujeme Nadaci České spořitelny.

*Editorka:*

Veronika Maxová

*Autorský kolektiv:*

Pavel Bém

Kamil Kalina

Josef Krejčí

Jiří Krombholz

Stanislav Kudrle

Petr Matoušek

Václav Mikota

Pavel Nepustil

Josef Radimecký

Martina Richterová Těmínová

Jan Šíkl

© Veronika Maxová (ed.) a kol., 2015

© SANANIM, 2015

Design a sazba © Jan Tippman, 2015

Vydal SANANIM z.ú., Ovcí hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

ISBN 978-80-904536-7-8

# Obsah

Úvod. . . . .	7
Přínos doc. MUDr. et PhDr. Kamila Kaliny, CSc., ke změně paradigmatu české adiktologie . . . . .	9
Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii . . . . .	13
Psychoterapie jako spirituální praxe? . . . . .	23
Úzdrava aneb Jak je to doopravdy? . . . . .	29
Cesta a její síla: Droga jako hledání, závislost jako krize, úzdrava jako šance . . . . .	35
Příběh o úzdavě bez léčby aneb Opětovné kontaktování (ex)uživatelů stimulancí . . . . .	43
Úzdrava bez léčby, léčba bez úzdravy – je to možné? . . . . .	53
Skupina terapeutická a výcviková . . . . .	61
Přirozené zotavení . . . . .	65
Jak uzdravit sociální exkluzi. . . . .	69





# Úvod

Martina Richterová Těmínová

Vážené dámy, vážení pánové, vážené kolegyně, kolegové,

dovoluji mi prosím na úvod konference Úzdava a drogy pár slov. V letošní konferenci jsou spojena tři témata – úzdava, 25 let SANANIMu a sedmdesátiny Kamila Kaliny. Jak to spolu souvisí? Myslím si, že velice úzce. SANANIM se už 25 let snaží být součástí úzdavného procesu našich klientů. Sám SANANIM během svého vývoje mnohokrát onemocněl a z těchto chorob se snaží postupně uzdravovat. Kamil Kalina spojil čtvrtinu svého života právě se SANANIMem a k tématu úzdavy našich klientů mnohé řekl, napsal a dnes i řekne. Na současném konceptu úzdavy v oboru adiktologie zanechal jak SANANIM, tak kolega Kalina výraznou stopu, a proto doufám, že naše konference bude důstojným holdem oběma oslavencům.

Neratius Priscus formuloval okolo roku 100 jednu ze zásad, kdy je možno přednášet a veřejně vystupovat. Je to možné, pokud platí: *Tres faciunt collegium*. Takže doufám, že vy, účastníci konference, naši oslavenci a téma úzdavy tvoří plnohodnotnou společnost, a tak tedy můžeme začít.

Výhodou přednáškového předskokana, kterým jsem dnes já, je, že nemusí říkat pravdy ani žádná moudra, ale jeho úkolem je připravit posluchačstvo na hlavní program, navnadit ho a natěšit ho. Je mi ctí dělat předskokana Kamilovi i ostatním řečníkům. Dovolím si předložit pár témat, otázek, kterým bychom se měli během těchto dnů věnovat, a možná si každý z nás může na nějakou i odpovědět.

Co je to úzdava? Má slovo úzdava stejný význam jako uzdravení? Může se závislý uzdravit?

Co je známkou uzdravení u závislého? Znamená úzdava, že závislý nebere drogy? Je známkou úzdavy, že uživatel nebere návykovou látku, na které byl závislý, nebo že se vyvaruje všech návykových látek? Může být uzdraven ten, kdo kontrolovaně užívá?

Vede úzdava ke svobodě, nebo ke kontrole, nebo k obojímu? Patří k úzdavě odříkání? Je možná úzdava bez sebepoznání? Bolí úzdava? Jaké jsou cesty úzdavy? Uzdravují profesionálové? Potřebuje člověk ke své úzdavě profesionála? Může se závislý uzdravit sám?

Potřebuje závislý ke své úzdavě blízké? Potřebuje závislý ke své úzdavě Boha? Potřebuje závislý ke své úzdavě víru? Potřebuje naději? Potřebuje závislý ke své úzdavě společenství? Potřebuje práci, bydlení? Kdo je důležitější při úzdavě závislého – zdravotník, sociální pracovník, pedagog, kněz?

Jaká cesta úzdavy je etická? Jaká cesta úzdavy je manipulativní? Je vždy základním hybatelem úzdavy sám klient? Může někdy profesionál přebírat v procesu úzdavy odpovědnost za klienta?

Na závěr mi prosím dovoluňte jenom dvě poznámky z konceptu úzdavy v oblasti duševního zdraví.

E. A. Anthony v časopisu *Psychosocial Rehabilitation Journal* (1993) uvádí, že „úzdava je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“

Shepherd (Hereford PCT Mental Health Services) uvádí zpovědní zrcadlo pracovníků v oblasti duševního zdraví zaměřené na úzdavu. Po každé interakci by se měl profesionál sám sebe zeptat:

- Naslouchal jsem aktivně, abych člověku pomohl najít smysl jeho duševních problémů?
- Pomohl jsem tomu člověku poznat jeho osobní cíle a udělat z nich priority ve vztahu k úzdavě a ne k profesionálním cílům?
- Dal jsem najevo důvěru ve stávající sílu toho člověka a v jeho zdroje ve vztahu v plnění těchto cílů?
- Uvedl jsem příklady z mé vlastní „prožití existence“ nebo zkušenosti jiných uživatelů služeb, které je inspirují a dávají hodnotu jejich nadějším?
- Věnoval jsem přiměřenou pozornost významu cílů, které dostávají člověka z „role nemocného“, a umožnil mu aktivně přispět do života jiných lidí?
- Nalezl jsem zdroje mimo oblast duševního zdraví – přátele, kontakty, organizace, které mají vztah k dosažení jejich cílů?
- Podporoval jsem samostatné zvládnání duševních problémů (poskytnutím informací, posílením existujících strategií zvládnání problémů apod.)?
- Prodiskutoval jsem s klientem, co sám chce v rámci terapeutické intervence, např. psychologické vyšetření, alternativní terapie, společné krizové plánování, s maximálním možným respektováním jeho přání?
- Choval jsem se vždy tak, abych projevoval respekt k člověku a přání rovného partnerství ve společné práci naznačující ochotu udělat „něco navíc“?
- Přestože jsem akceptoval, že budoucnost je nejistá a problémy se objeví, stále jsem vyjadřoval podporu pro možnost dosažení těchto jím samým určených cílů – udržování naděje a pozitivního očekávání?

**PaedDr. Martina Richterová Těmínová**

Je odbornou ředitelkou SANANIM z. ú.  
Kontakt: [teminova@sananim.cz](mailto:teminova@sananim.cz)

# *Přínos doc. MUDr. et PhDr. Kamila Kaliny, CSc., ke změně paradigmatu české adiktologie*

Václav Mikota

Zakladatel české adiktologické školy doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., se nestačil stát psychiatrem, tím méně psychoterapeutem, když byl po svém vystoupení z KSČ v roce 1949 pověřen vedením nikým nechtěného protialkoholního oddělení Psychiatrické kliniky UK. Profesor Mysliveček ho tak zachránil před ztrátou místa a vězením za „příživnictví“. Docent Skála se už tehdy intuitivně dotkl souvislosti alkoholismu s narcistickou nerovnováhou, když na pokračování do svého *Protialkoholního obzoru* překládal román *Démon alkohol* od Jacka Londona. Hrdina kolísá mezi „samoléčbou“ nepříjemných subjektivních stavů alkoholem a osobním heroismem ve snaze abstinovat od něj. Věřím, že tím mnohým svým pacientům pomohl nepít, ale za cenu ztráty radosti ze života. Tu si mohli zčásti zachovat nenávislným bojem proti recidivám, po případě pěstováním namáhavých sebezpěkonávajících sportů. V tom jim byl jakožto maratonský běžec zářným osobním příkladem. Důležité bylo užitečně pracovat, sportovat a neustále se překonávat. Docent Skála trval na tom, že charakter abstinujícího alkoholika se nejlépe zoceluje zadáváním si takových úkolů, které jsou nad jeho síly, tak, aby se napřed zklamal z jejich nedosažení, své rozčarování snesl a opakovanými pokusy je nakonec zvládl, aby se posléze pustil do těch ještě těžších. Po 80. roce svého života si však přečetl a pozitivně ocenil knihy Heinze Kohuta o léčbě narcistické nerovnováhy a poněkud zmírnil svůj dříve nekompromisně odmítavý postoj k recidivám závislého chování.

Docent Skála byl v dobách normalisace zvolen předsedou Psychoterapeutické sekce (později Psychoterapeutické společnosti) České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Nikoli pro svou konformitu, ale naopak jako symbol odporu proti normalisátorům, jeden z mála, kdo se nebál nesouhlasit s komunistickým terorem po jejich puči v roce 1948. Nikdy nebyl psychoterapeutem v pravém smyslu tohoto slova, ale stal se příkladem osobní integrity pro mnohé kandidáty psychoterapie, svrchovaným quasi skautským rádcem hnutí SUR. Pojmenování těchto režimem tolerovaných aktivit při výcviku v psychoterapii vzniklo z počátečních písmen jeho zakladatelů (Skála, Urban, Rubeš) s upomínkou na kalifornské údolí Big Sur, místo vzniku tradice encounterových psychoterapeutických skupin.

Docent Kalina měl naopak možnost stát se psychiatrem, v Sadské zažít léčbu psychodysleptiky a zaujmout se pro tu nejtěžší z možných psychoterapií, léčbu psychotiků. Našel v sobě schopnost přijímat ostatními psychoterapeuty „odepsané“ případy i s jejich bludně-halucinatorními životy jako své neznehodnocené bližní. Už v době hluboké totality doslova probojoval psychoterapeutický stacionář při pražské Psychiatrické klinice. Ještě před tím si

vytríbil své názory na duševní život vystudováním psychologie na FF UK a výcvikem ve skupinové i individuální psychoanalytické psychoterapii.

Pamatuji se na jedno neformální setkání těsně po revoluci v roce 1989 nad posledním číslem *Spektra psychoterapie*, jejímž byl šéfredaktorem. Většina z nás – psychoterapeutů – se těšila na možnost otevřít si soukromé praxe, kde bychom mohli (nezávisle na psychiatrickém establishmentu) rozvíjet své vlastní vize o cestách k duševnímu zdraví. Tehdy ještě MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc., se zhrozil možností přijímat přímé platby od pacientů. Plně jsem ho chápal. Byl zvyklý na zcela nemajetné psychotické pacienty. Co teda budeš dělat? ptali jsme se ho. Půjdu pracovat na ministerstvo, abych změnil legislativu. Podivili jsme se jeho heroismu natolik, abychom se mu neposmívali, že od lidí je mu „painlich“ brát peníze, ale od daňových poplatníků se nic brát nezdráhá. Věřili jsme mu, že se vynasnaží si svůj úřednický plat zasloužit.

Jako skoroministr se naučil mnohému, na co jsme si my – úzcí odborníci – netroufli. Mezi psychoterapeuty je rozšířené přesvědčení, že „našinec“ by se neměl plést do politiky, aby se v ní se svou naivní důvěrou ve „všelidskou“ potřebu vnitřní pravdivosti neztratil. Docent Kalina se nenechal zatáhnout do ministerských pletich. Naopak. Díky své mimořádně silné osobní integritě a víře, že vnitřní pravdivost může dokonce ovlivnit i tu vnější, o které spolu lidé v mezososní úrovni vyjednávají, účinně pomáhal vnášet do zdravotnického chaosu zdravé myšlenky. (Dál mě, Kamile, prosím, oprav, kdybych se dopouštěl nepřesností.) Odhadl, že státní podporu získá spíše pro léčbu látkových závislostí než pro psychoterapii psychotiků, a začal se v léčbě závislostí soustavně vzdělávat, setrvává ve svém respektu k odlišnostem druhých lidí od svého vlastního duševního zdraví, jak se tomu už dříve naučil u psychotických pacientů.

Je obdivuhodné, co všechno si nově osvojil a ve svých publikacích stačil kolegům předat. Z jeho, myslím, šesti knih a mnoha článků, si nejvíce cením jeho Psychoterapeutických přístupů v adiktologii. Už dříve jsem věděl o Kamilově nezměrné toleranci vůči pacientům, považovaným jinými kolegy za nesnesitelné. Je obecně známo, že pacientům odpouštíme jejich „jinost“, pro kterou nás ostatně sami vyhledali. Horší to bývá s kolegy, kteří se často dívají na stejný problém odjinud, „kopou tunel do stejné hory“ z jiného místa, než považujeme za vhodné. Kniha doc. Kaliny je přehledem všech možných přístupů k danému problému. Kamil je dokáže nejen tolerovat a rozumět jim, ale kromě toho ještě oceňovat přínosy každého z nich. S touto schopností jsem zvyklý se setkávat jen u nejmoudřejších psychoterapeutických kolegů.

Abych nezdržoval se svým emočně nezdrženlivým „laudatio“, neboť předpokládám, že mnozí diskutující budou chtít k mé chvále našeho oslavence mnohé, o čem nevím, ještě dodat, shrnu to krátce.

Jsem přesvědčen, že doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc., významně přispěl ke změně pohledu na pacienty závislé na návykových látkách. Dřívější, u nás kodifikovaný postoj k nim spočíval na snaze „odříznout“ je od dřívějších zvyklostí, psychiatry považovaných za „patologické“, a nahradit je snahou o jejich seberozvoj, bohužel odpojený od jejich osobnostního základu. Mysleli to dobře, ale v mnohých případech jednali podobně jako jedna dívka, která ke mně kdysi přišla se záměrem podstoupit psychoterapii, ale vymínila si, že pokud zabrousíme do minulosti, nesmíme překročit hranici posledních pěti let. Před pěti lety totiž ještě

byla klukem, než ji přeoperovali. „Tuto minulost bych chtěla ze svého života škrtnout.“ Musel jsem ji zklamat, tohle prostě neumím.

Docent Kalina (jestli se pletu, necht' mě opraví) chápe v souladu s mnohými psychodynamicky uvažujícími kolegy látkové závislosti jako nezdařené pokusy o samoléčbu subjektivně neúnosných stavů u jedinců, kteří se ve svých narcistických krizích (jež se nikomu z nás nevyhýbají) setkali s ulevujícím účinkem drogy a doplatili na následky jí vyvolané závislosti. Mám za to, že se zasloužil o takovou psychoterapii závislých jedinců, která v jejich osobní historii nevynechává dávnou snahu (ve svém výsledku neúspěšnou) o regulaci narcistické nerovnováhy, tj. neznevažuje ji jako „racionalisaci jejich paticko-hedonistických inklinací“.

Milý Kamile, přeji Ti ještě mnoho dalších úspěšných bilancí Tvých lidstvu prospěšných počinů.

**doc. MUDr. Václav Mikota, CSc.**

*Psychiatr a psychoanalytik.*

*Působí v soukromé praxi v Praze.*

*Kontakt: [vaclav.mikota@tiscali.cz](mailto:vaclav.mikota@tiscali.cz)*



# Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii

Kamil Kalina

## **MOTO:**

*Chcete se léčit, nebo se chcete uzdravit?*

*MUDr. Jan Hnízdil,  
český psychosomatik, zastávce celostní medicíny*

## **1. POJMOVÝ A HISTORICKÝ ÚVOD**

Koncept potenciálu pro úzdravu (recovery potential) je v posledních letech velmi frekventovaným tématem v oblasti léčby závažnějších poruch duševního zdraví, jako jsou psychotické poruchy, poruchy osobnosti a v neposlední řadě též poruchy závislostního okruhu. Tyto poruchy lze léčit, trvá však otázka, zda je lze také vyléčit – s tím souvisí další otázka, zda případný cíl úplného vyléčení je vůbec smysluplný. Nemoc jako důležitá životní událost se vždy nějak vplétá do příběhu člověka a její místo v tomto příběhu zdaleka nemusí být výhradně negativní. Pojem úzdravy a potenciálu pro úzdravu tuto existenciální danost respektuje a vyhýbá se často neplodným odborným polemikám, zda tu či onu duševní poruchu lze „vyléčit“ (a u koho); jeho další výhodou je praktická orientace a srozumitelnost pro pacienty i terapeuty.

Pojem „potenciál pro zdraví“ se objevuje již v minulém století, zejména v německé antropologické či existenciální medicíně, jejíž protagonisté (např. V. Gebstattel, V. von Weitzacker, viz Němec, 1971), uvažovali o lidském potenciálu jako o schopnosti a možnosti být člověkem v maximální možné míře a nemoc chápali jako ne-možnost realizovat lidský potenciál a bez-moc vůči životnímu naplnění. Podobný způsob uvažování nacházíme v dokumentech Světové zdravotnické organizace (WHO) v 60. až 80. letech, počínaje známou definicí zdraví, které neznamená pouze nepřítomnost nemoci nebo vady, a konče tezí z r. 1983 „zdraví je stav maximálně dosažitelného stupně rozvoje tělesného, duševního i sociálního potenciálu“. Zásadní přínos těchto úvah a tezí je, že neabsolutizují „nemoc“, ale staví do popředí „zdraví“, smazávají ostrou dělicí čáru mezi oběma stavy a stanoví jako zásadní cíl podporovat „potenciál zdraví“ i u nemocných či handicapovaných. Je ke škodě věci, že tento přínos byl poněkud

upozaděm rozvojem medicínských technologií, specializací a superspecializací a principem „evidence based“ léčby, takže pokusy o revitalizaci „starých“ tezí jsou leckdy doprovázené omluvami nebo hrdinskými prohlášeními (viz např. EMCDDA, 2013; White, 2013).

V okruhu poruch duševního zdraví to platí v neměsí míře. Pojem „duševní zdraví“ se v současnosti používá spíše v názvech organizačních a/nebo lidsko-právních trendů ke zlepšení systému péče o úzký okruh psychotických pacientů, než aby byl vnímán jako bytostné lidské optimum a výzva k hledání cest, jak se k němu u konkrétního pacienta co nejvíce přiblížit. A přece i v této oblasti máme k dispozici klasické teze, které stojí za (znovu)promyšlení.

Sigmund Freud definoval duševní zdraví jako schopnost „milovat, pracovat a žít v určitém konsensu s danou kulturou“. Jak uvádějí různí vykladači tohoto historického, téměř aforistického rčení,<sup>1</sup> schopnost milovat zahrnuje zralé (ohraničené a přijímající, autonomní) Já a zralou intersubjektivitu ve vztazích Já – Ty; do schopnosti pracovat patří nejen pracovní dovednosti, návyky, motivace a dovednosti pro přežití obecně, ale také tvořivost; konsensus s danou kulturou znamená využívat a předávat její výtvoř v transgeneračním proudu socializace a akulturace, přispívat k nim a obohacovat je – ale neznamená konformitu.

V psychoterapeutické literatuře 20. století se opakovaně vynořuje pojetí člověka jako „bytosti na cestě“, celoživotně směřující k tomu být sám sebou co nejlépe a nejúplněji, usku-tečnit ve společnosti s druhými svůj lidský potenciál.<sup>2</sup> Důležitým tématem je osobní zralost v podobném smyslu, jak ji kdysi tematizoval právě Freud:<sup>3</sup>

- zralost vztahů bez touhy po závislosti,
- výkonnost bez nutkavých projevů,
- spokojenost se sebou samým bez domýšlivosti,
- altruismus a velkorysost bez svatouškovství,
- socializace bez utrpení pod tíhou civilizace.

Novodobým formulacím údravy a potenciálu pro údravu dodává značnou legitimitu, že zůstávají věrné horizontu těchto „starých“ tezí, i když je přímo necitují (viz např. Gillard et al., 2015).

## 2. CO NÁM ŘÍKÁ MOZEK: ID-FUNKCE A EGO-FUNKCE

Psychoanalytické teorie rozeznávají v lidské mysli dva typy procesů:<sup>4</sup>

1. Primární procesy: impulzivní, neracionální, imaginativní, nedbají na čas, řád či logickou konzistenci. Primární procesy jsou Id-procesy, jsou funkcí Id, původního biopsychologického jádra osobnosti ve strukturálním psychoanalytickém modelu, jsou pre-lingvistické v Lacanově smyslu.<sup>5</sup>

---

1 Např. Buber (1969), Prochaska & Norcross (1999) a rovněž autor tohoto článku (Kalina, 2004).

2 Viz Kalina (2013), kapitola 8.

3 Viz Prochaska, Norcross (1999).

4 Viz Fonagy, Target (2005).

5 Blíže viz Kalina (2013), kapitola 9 a 10.



2. Sekundární procesy: pohybují se v časovém rozměru minulost-přítomnost-budoucnost, v řádu lidského společenství, jeho jazyka a jím uznávané logiky. Sekundární procesy jsou Ego-procesy, pojí se organizačními a adaptivními funkcemi Ega.

Pokroky neurověd umožňují představu, že ve zdatnosti Ego-procesů (včetně kontroly a tlumení impulzivitu a schopnosti adekvátně oddalovat uspokojení potřeby odměny) hraje zásadní roli prefrontální kůra mozková a její propojení s drahami odměny, motivace a paměti prostřednictvím subkortikální bílé hmoty.<sup>6</sup> Morfologie, propojení a fungování prefrontální kůry jsou nejen během dětství, ale i v dospívání až do mladší dospělosti stále ještě v procesu svého zrání. Z neurobiologických výzkumů v adiktologii víme, že je-li nezralý mozek vystavený psychotropním látkám, dochází k výraznějšímu poškození než při expozici v pozdějším věku, což může být významným faktorem z hlediska nevykonnosti Ego-funkcí a dispozice pro závislost.<sup>7</sup> Negativní vliv na konektivitu a funkční zdatnost prefrontální kůry však má i stres, traumatizace a obecně řečeno vadné programování mozku ve vývojově důležitých interakcích dítěte a dospívajícího s prostředím, tj. procesy učení v širším slova smyslu. Neurovědy a psychodynamika se v psychobiologickém pohledu vzájemně doplňují a podporují.<sup>8</sup>

U závislostního chování nacházíme, ve výše uvedeném smyslu, oslabení Ego-procesů a převládnutí Id-procesů. To má značný význam pro prevenci i pro terapeutické přístupy (Skála hovořil o svém modelu léčby jako o Ego-syntonní terapii).

Mechanismus rychlého uspokojení, podstatný biologický rozměr závislostního fenoménu, nelze zřejmě jednoduše „rozbít“, ale můžeme našim pacientům/klientům pomoci, aby ho překonali a vývojově přerostli. Z psychodynamického hlediska jde o podporu a kultivaci adaptivních a integrujících sekundárních Ego-procesů, které mohou postupně převládnout nad primárními Id-procesy.

### **3. VÝCHODISKA KONCEPTU ÚZDRAVY A POTENCIÁLU PRO ÚZDRAVU V ADIKTOLOGII**

Z výše uvedeného je zřejmé, že východiska konceptu úzdravy ze závislosti a potenciálu pro úzdravu leží někde jinde než v klasické závislostní medicíně. Opírají se spíše o psychoterapeutické pojetí návykové poruchy a závislosti, v němž zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy; podstata je v poruše celé osoby. To zdůraznili již před více než 20 lety De Leon a Melnick ve svém manuálu SEEQ (De Leon, Melnick, 1993); nutně pak dospěli i k reformulaci pojetí závislého člověka a pojetí terapie.

Zneužívání návykových látek má podle citovaných autorů své kořeny v jiných, obecnějších problémech – psychologických nebo vývojových. Typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem. Vzorové užívání drog jsou méně podstatné než psychologické

---

6 Srv. např. Gera (2009); ASAM (2011); Šustková (2015).

7 Viz WHO (2004); Koranda (2015).

8 Usiloval o to již Freud (původně neurolog) na přelomu 19. a 20. století, ale tehdejší stav neurověd ho brzy donutil na toto úsilí rezignovat.

problémy a problémy se vztahy a s chováním v zátěžových situacích; na tyto problémy se facilitace údravy musí zaměřit. Abstinence od zneužívaných psychoaktivních látek není cíl, ale předpoklad pro udržení údravy.

O mnoho let později se G. De Leon k těmto tezím vrací a dokládá je výzkumem (De Leon, Wexler, 2009). Ve svých četných publikacích zdůrazňuje, že údrava z drogové závislosti zahrnuje rozvoj osobní identity a celkové změny sebepojetí, chování a životního stylu včetně životního scénáře, postoju a hodnot. Podotýká, že pro mnoho uživatelů toto pojetí údravy znamená nejen „rehabilitaci“ (obnovu ztracených schopností a dovedností) ale „habilitaci“ (faktický začátek plnohodnotného života). V pojetí De Leona a jeho školy představuje údrava kontinuální proces, který začíná v základní léčbě, ale pokračuje i po jejím skončení; vlastně jde o proces celoživotní, v němž je zapojen pokračující osobní růst (viz De Leon, Melnick, 1993; De Leon, Wexler, 2009).

Podobný koncept nacházíme u E. J. Khantziana, jednoho z nemnoha psychoanalytických teoretiků, kteří svůj výklad fenoménu závislosti převedli do prakticky použitelných principů a metod psychoterapie. Khantzian navrhuje následující zásady léčby závislých osob (viz Khantzian et al., 2005):

1. stabilizace v iničiálním stadiu;
2. identifikace kořenů udržovacích vzorců;
3. výstavba vnitřní seberegulace;
4. internalizace vzorců sebepěče;
5. oprava deficitů Self, posílení sebeúcty;
6. identifikace afektů;
7. rozvoj a udržování zralých objektních vztahů, kdekoliv je to možné, v psychoterapeutické skupině i v realitě.

Ve svém terapeutickém přístupu se Khantzian a jeho spolupracovníci zaměřují především na posílení „kompetencí Já“ v několika oblastech, v nichž leží společné problémy pacientů/klientů se závislostní problematikou:

- *osobnostní rysy* ovlivňující užívání návykových látek, jako je nízká tolerance afektů a nízká sebeúcta: zde je potřeba zvýšit kompetence Já v sebeporozumění, sebezvládnání a sebepojetí;
- *interpersonální vztahy* narušené či chybějící: zde je potřeba posílit kompetence Já ve zlepšení či navázání „normálních“ a vzájemně podpůrných vztahů (rodina a přátelé či partneri, kteří neužívají drogy);
- *spouštěče* v prostředí jiných závislých osob: zde je potřeba posílit kompetence Já ve vytváření vhodných osobnostních strategií zaměřené na to, jak se chovat mezi dalšími závislými, jak čelit svedení a jak se z rizikového prostředí vymanit.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Nelze nevidět, že řada tezí De Leona a jeho školy výzkumníků a teoretiků severoamerických generických terapeutických komunit pro závislé prozrazují myšlenkové souvislosti s Khantzianem a dalšími psychoanalytiky z okruhu ego- a self-psychologie.

## 4. KOMPONENTY ÚZDRAVY A PODPORA POTENCIÁLU

### 4.1 VZTAHY K DRUHÝM

Není pochyb, že zralé a reálné vztahy Já-Ty jsou naplněním a předpokladem duševního zdraví. Problémem u závislých osob je nízká kapacita vztahovosti, traumatizace a nedůvěra. Vyskytují se tzv. funkcionální vztahy – zacházení s druhým jako s věcí, s loutkou apod., nebo externalizace vnitřních konfliktů – „nemám problém v sobě, ty se mnou máš problém“ (viz Mikota, 1995). Podporou potenciálu pro uzdravu v této oblasti je především bezpečné prostředí pro vztahy a podpora a kultivace reálných vztahů ve skupině i v rodině. Nezapomeňme na slavný výrok Davida Deitsche „vztah je nositelem změny“. S odkazem na neurobiologii lze říci, že také mozek se může uzdravovat ve vztazích, jak výzkumně dokládají Morgan et al. (2002).

### 4.2 VZTAH K SOBĚ

Reálné sebepojetí je východiskem jednání vůči druhým a potvrzuje se v něm. Problémem u závislých osob je nízké sebehodnocení, nedůvěra v sebe, deficit sebepéče a sebeúcty. Člověk, který zachází s druhými jako s věcí, je sám pro sebe věcí – a naopak, pokud s ním druzí zacházejí jako s lidskou bytostí, stává se jí. Rovněž v této oblasti je vztah nositelem změny. Podpora potenciálu začíná od akceptování, neodsuzování a oceňování (třeba za nevelký zdar či pokrok, nebo pouze za to, že je, je tu s námi...); kritické zpětné vazby mají směřovat vůči určitému jednání, ne vůči osobě.

Podstatné je učení základním vzorcům starosti o sebe (viz rámeček Změna Self). Zajímavý návod podávají Anonymní alkoholici v akronymu HALT:<sup>10</sup>

Starej se, abys nikdy dlouho nebyl –

**H**ungry (hladový)

**A**ngry (vzteklý)

**L**onely (osamělý)

**T**ired (unavený)

### 4.3 VNITŘNÍ ŘÍZENÍ

Zralé Já rozpoznává, čím ubližuje a čím prospívá sobě i druhým. Problémem u závislých osob je bezpečný scénář nezodpovědnosti a obecně nízká kapacita (schopnost i ochota) zabývat se sám sebou, což je výsledek obran proti vnitřní bolesti. Opět se zde uplatňuje deficit sebepojetí – „nestojím si za to“, „nestojím za to“. Podpora potenciálu pro uzdravu v této oblasti je např. delegování odpovědnosti, podpora odpovědnosti za sebe i za druhé, avšak s plným respektem k obtížnosti procesu získávání odpovědnosti. Z léčebného přístupu nelze vytěsnit zabývání se „spodními proudy myslí“, i když to pro klienta může být obtížné, protože bez porozumění sobě samému není uzdrava možná (viz Mikota, 1995; zde rámeček Změna Self). Porozumění sobě a vnitřní řízení pomáhá klientovi pohybovat se bezpečně v náročných situacích po léčbě a předcházet selhání.

---

<sup>10</sup> Dobrou českou verzi se zatím nepodařilo vytvořit.

#### 4.4 JAZYK A ŘÁD

Člověk žije ve společenství, proto je nutné, aby porozuměl jeho řádu (ne nutně jej plně akceptoval). Mnoho závislých osob však vykazuje určitou funkční nechápavost řádu a pravidel společného světa, jako by, metaforicky řečeno, byli „negramotní vůči jízdám řádům“. Souvisí to s pocitem výlučnosti nebo vyřazenosti, nedůvěry v lidské společenství, často jde o deficit primární socializace či o sekundární adaptivní asociálnost. Podpora potenciálu v této oblasti znamená především podporu v nacházení místa mezi druhými ve skupině a v komunitě (a posléze v rodině), účast v komunitním dialogu, jasná a personalizovaná pravidla léčby (nikoliv personální bodovací mechanismus). Je rovněž důležité, aby si klient již v základní léčbě začal osvojovat základní životní dovednosti (life skills).

#### 4.5 KONTINUITA VLASTNÍHO ŽIVOTA

Člověk vnímá vlastní příběh jako skutečný a kontinuální v rozměrech minulost—přítomnost—budoucnost. U lidí s vážnějšími poruchami duševního zdraví se často setkáváme s útržkovitým prožíváním vlastního příběhu, diskontinuitou; jindy se žitý čas točí v kruhu, nemá budoucnost, tak jako se člověk bezvýhodně pohybuje v dramatickém trojúhelníku obětí—pronásledovatel—zachránce. S pocitem, že jeho život není jeho, vypráví sobě i druhým „nevlastní příběh“. Facilitace údravy znamená především vytvořit prostor pro vyprávění a naslouchání, v němž může proběhnout rekonstrukce vlastního příběhu a nakonec i narativní proměna – člověk si nakonec převypráví svůj příběh v přijatelnější podobě. Krásnou metaforu o scelování příběhu nacházíme u Nossrata Pesseskhiana, který přirovnává život ke tkaní koberce. Porucha duševního zdraví zamotá uzlíky, přetrhá nitky a tkaní se zastaví, v terapii se však mohou uzlíky rozmotat, nitky navázat, tkaní koberce pokračuje a zářivý vzor znovu vyvstane (Pesseskhian, 2000).

#### 4.6 SCHOPNOST ZVLÁDAT STRES A FRUSTRACI

K duševnímu zdraví patří určitá odolnost vůči stresu a frustraci, ale závislí, jak říkal Dan Casriel, jsou „lidé s křehkou kůží“. Autoři různých škol a směrů poukazují na nízkou schopnost containmentu – schopnost obsáhnout emoční impulsy, utiřit se, uklidnit se (bez užití návykové látky). Albert Ellis to výstižně nazval „nemohu-to-sněst-ismus“. Zažít a překonat terapeutickou krizi s podporou a v chráněném prostředí může být dobrou podporou potenciálu pro údravu v této oblasti, ale i běžný život v komunitě s neustálými situacemi sociálního/interpersonálního učení je vlastně tréninkovým hřištěm pro zlepšení odolnosti. Sport a zátěžové pobyty v přírodě podporují Ego-syntonní působení ve Skálově smyslu. Je však chybou vystavovat pacienty/klienty frustraci bez facilitace údravy ve všech předchozích oblastech.

### 5. ZÁVĚRY

Pokusme se o shrnutí – jak uvažovat o údravě, jak ji facilitovat, jak podpořit potenciál pro údravu?

Především je třeba naslouchat našim pacientům/klientům a zkoušet jim porozumět. Údrava a „potenciál pro údravu“ nejsou jakési objektivní koncepty a nelze je promýšlet

odděleně od porozumění žité zkušenosti závislých klientů. V souvislosti s tématem potenciálu pro úzdravu se již po několikáté vrací do hry rozumějící terapeutický přístup, který se závislostní behavioristé a quasi-behavioristé (nejen u nás, ale i jinde ve světě) opakovaně snaží vykázat za dveře jako neplodný, nebo dokonce kontraproduktivní.

Žitá zkušenost naší klientely, je, jak uvádějí Gillard et al. (2015), charakterizována komplexem mnohoznačných, vzájemně provázaných a konfliktních pocitů, myšlenek a jednání, jimiž se osoba snaží zvládat napětí mezi „vnitřním“ a „vnějším“ světem. Z klinické praxe i z teoretických prací (např. Mikota, 1995; Hajný, 2015) můžeme dovodit, že vyhledávání a užívání návykové látky se postupně stává dominantním způsobem, jak toto napětí zvládat. Avšak tato automedikace nemá trvalý efekt: co bylo nejdříve součástí řešení, mění se v součást problému.

„Závislostní porucha pokrývá myšlení, citění a vnímání, které pudí lidi chovat se způsobem, jemuž druzí nerozumí. Závislost sama o sobě není volba... Volba však hraje důležitou roli ve vyhledání pomoci. Závislý člověk musí volit ve prospěch zdravějšího života, aby nastoupil cestu léčby a úzdravy“ (ASAM, 2011).

Gillard et al. (2015) dále říkají, že proces úzdravy (recovering) je pro mnohé klienty objevováním (discovering), že lze bezpečně žít v propojení obou světů, „vnitřního“ a „vnějšho“. Nelze v této souvislosti pominout, že úzdrava znamená pro mnoho uživatelů nejen „rehabilitaci“ (obnovu ztracených schopností a dovedností), ale „habilitaci“, faktický začátek plnohodnotného života (viz oddíl 3). De Leon v jedné své přednášce použil obtížně přeložitelnou slovní hříčku: nemůže být žádné „recovery“, když předtím nebylo žádné „covery“<sup>11</sup> – jinými slovy, úzdrava nemůže být pouhou vnějškovou adaptací, ale musí být vystavena na určitých emočních, kognitivních a behaviorálních kapacitách klientovy osobnosti, a pokud jsou tyto kapacity křehké, nerozvinuté nebo pokrivené, je třeba pomoci klientovi, aby si je vytvářel a zpevňoval.

U mnoha uživatelů drog musí léčba facilitovat výstavbu Já z rozporuplných fragmentů. Ego-syntonní léčba závislosti v pojetí Skály zahrnuje především zvyšování frustrační tolerance, rozpouštění nefunkčních obranných mechanismů a podporu funkčních adaptivních procesů a v neposlední řadě rozpoznávání neadaptivních (sebepoškozujících) strategií chování a nacházení adaptivnějších strategií, které méně poškozují vlastní Já i druhé lidi. Musíme k tomu připojit překonání zranitelnosti a deficitů zejména v oblasti péče o sebe, seberegulace, sebepojetí a sebeúcty – v tom, jak se člověk chrání, usměrňuje se, pečuje o sebe a přemýšlí o sobě (Kalina, 2015; viz též rámeček Změna Self a Khantzianův model v oddílu 2).

Pozoruhodné a v literatuře dosti ojedinělé svědectví o faktorech úzdravy podávají absolventi jedné britské terapeutické komunity (Ley Community, 2001). Položili si otázku: „Co podpořilo naši úzdravu?“ A uvádějí (bez pořadí důležitosti) tyto položky:

- respekt vůči nám jako lidem,
- skupinové vztahy,
- možnost otevřenosti,
- postupné přebírání odpovědnosti,
- rozpuštění pocitů viny,

---

11 Autor tohoto článku zkouší De Leonův aforismus přiblížit s odkazem na anglický idiom „cover bread with butter“ jako „nemůžeme namazat máslo na chleba, když nemáme chleba.“

- setkávání se a utkávání s pravidly léčby,
- zjištění, že sami sobě stojíme za změnu a jsme schopni jí dosáhnout,
- průzkum možností selhání (prevence relapsu v širším slova smyslu).

Tudíž – naslouchejme klientům, a naslouchejme jim s plným vědomím, že klíčové facilitátory údravy – pozitivní osobní vztahy, sociální interakce s bezpečným okolím a dovednosti potřebné pro život – jsou zároveň jádrem zranitelnosti závislých osob (viz Gillard et al., 2015).

Hlavní úkol adiktologických služeb je zajistit bezpečný prostor pro rozvoj pozitivních vztahů k druhým a k sobě.

*Chceme léčit, nebo napomáhat údravě?*

## ZMĚNA SELF

### **Pět S pro sebezměnu<sup>1</sup>**

**Seběpěče:** Klient si musí osvojit osobní hygienu, uklízení a přiměřené oblékání. Musí se naučit zvykům a postojům, které jsou nezbytné pro udržení údravy, a předcházet situacím, které přinášejí pocit debaklu. Dobrá péče o sebe vyjadřuje změnu v prožívání a vnímání vlastní hodnoty.

**Sebesledování:** Klienti se musí naučit sledovat svoje impulsivní reagování (jako nadávání, vyhrožování, posměch, útok, odchod apod.) na to, co dělají nebo říkají druzí lidé. Zlepšené sledování vlastních odpovědí vyjadřuje klientovo porozumění, že příčinou jeho problémů nejsou druzí lidé.

**Sebeřízení:** Klient se musí naučit přemýšlet o následcích dřív, než začne jednat, odkládat okamžité emoční uspokojení a rozvíjet v sobě zdravé způsoby emočního zvládnání. Zlepšené sebeřízení vyjadřuje klientovo porozumění, že může být sám sobě nebezpečný.

**Sebeporozumění:** Klient musí rozumět spojitostem mezi svou minulou zkušeností a současným chováním, postoji a prožíváním. Zlepšené sebeporozumění představuje schopnost klienta vidět souvislosti svého života.

**Sebepojetí:** Klient musí vyvinout pozitivní vědomí vlastní hodnoty a smyslu svého života. Zlepšené sebepojetí se objevuje, když si klient uvědomí, že může změnit svůj život a přispět ke změnám v životě ostatních.

*Zdroj: TCC, 2006. Pracovní překlad Kalina (2013), kapitola 5.*

1 V anglickém originále: „self-change“ a dále „self-care“, „self-monitoring“, „self-management“, „self understanding“, „self concept“.

Autor se omlouvá, že tento text odpovídá jen částečně přednášce na konferenci. Pokus doplnit prezentované powerpointové tabule o vlastní, bohužel nezapamatovaný a nezaznamenaný ústní komentář nakonec vedl k sepsání samostatného článku, který snad rámuje a prohlubuje to podstatné, co přednáška obsahovala. Seznam literatury rovněž není zcela vyčerpávající, neboť by hrozilo, že bude delší než článek sám. Zájemci o neuvedenou bibliografii necht' se laskavě obrátit přímo na autora.

## Literatura

- ASAM (2011). ASAM New Definition of Addiction. Retrieved: <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>; <http://www.asam.org/docs/pressreleases/asam-definition-of-addiction-2011-08-15.pdf> [2015-10-03].
- Buber M.(1969). *Já a Ty*. Praha: Mladá Fronta, Edice Váhy.
- De Leon, G., Melnick, G. (1993). *Therapeutic Community: Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ)*. New York: Community Studies Institute. Česky zpracováno: Kalina, K. (2007). Profily terapeutických komunit. In: Nevšimal P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Část III/1, s. 72-81. Praha/Mníšek pod Brdy: Nakladatelství Lidové noviny/Krajský úřad Středočeského kraje/o.p. s.Magdaléna.
- De Leon, G., Wexler, H. (2009). *The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base*. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 167-177.
- Gerra, G. (2009). *Drug Demand Reduction: new challenges and perspectives*. Working Paper. Vienna: UNODC, Health and Human Development Section.
- Gillard, S., Turner, K., Neffgen, M. (2015). *Understanding Recovery in the Context of Lived Experience of Personality Disorders: A Collaborative, Qualitative Research Study*. *BMC Psychiatry*, 2015, 5: 183-187.
- EMCDDA (2013). *New EMCDDA report reveals how a better understanding of the science of 'addiction' can improve our response to drug problems*. EMCDDA News Release 10/2013. Retrived: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [2015-10-03].
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Hajný, M. (2015). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie. Kapitola 7*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina K. (2004). *Osobnost terapeuta. Úvodní přednáška na konferenci Společnosti návykových nemocí, Měřín, červen 2004*. *Adiktologie*, roč. 4, Supplementum 3, str. 367-371.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich aplikace v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina K. (2015). *Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči*. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie. Kapitola 4*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Khantzian, E.J., Podes, L., Brehm, N.M. (2005). *Psychodynamics*. In: Lowinson, J.H., et al. (2005). *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*. Chapter 6. 4th Ed. Philadelphia, USA: Lippincot – Williams & Wilkins.
- Kies, R. K., Fiellin, D.A., Miller, S.C., Saitz, R. [Eds.] (2009). *Principles of Addiction Medicine*. 4th Edition. Baltimore, U.S.A. Retrieved: [Lippincott Williams & Wilkins](http://www.asam.org/docs/publications/principlesiv_toc.pdf?sfvrsn=2). [http://www.asam.org/docs/publications/principlesiv\\_toc.pdf?sfvrsn=2](http://www.asam.org/docs/publications/principlesiv_toc.pdf?sfvrsn=2) [2015-10-03].
- Koranda, M. (2015). *Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci*. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie. Kapitola 31*. Praha: Grada Publishing.
- Leeds, J., Morgenstern, J. (1999). *Psychoanalytické teorie drogové závislosti*. In: Rotgers, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. Kapitola 3. Praha: Grada Publishing.
- Ley Community (2001). *The ex-resident experience of working as a staff member in a TC*. In: Rawlings, B., Yates, R. [Eds.] *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Chapter 8. London: Jessica Kingsley Publ.

- Mee-Lee, D. [Ed.] (2013). *The ASAM Criteria: Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-Occurring Conditions*. Carson City, NV: *The Change Companies* for the American Society of Addiction Medicine (ASAM). Retrieved: <http://www.asam.org/publications/the-asam-criteria> [2015-10-03].
- Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek.
- Morgan, G. (2002). *Isolation and social status can change neurobiology*. *Nature Neuroscience*, 2002 (5): 169-174.
- Němec, J. [ed.] (1970). *Bolest a naděje*. Praha: Vyšehrad.
- NIDA (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. NIH Pub Number: 12-4180. Bethesda, Maryland/ Washington D.C: NIDA/NIH (National Institute for Drug Abuse/ (National Institute of Health). Retrieved: <http://www.drugabuse.gov/publications>; [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov) [2015-10-03].
- Peseshkian, N. (2000). *Psychoterapie v každodenním životě: jak se účinně vypořádat s konflikty*. Brno: Nakladatelství Cesta.
- Šustková, M. (2015). *Neurobiologie závislosti*. In: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. Kapitola 6. Praha: Grada Publishing.
- White, R. (2013). *Models of Addiction*. EMCDDA Insights No.14. Lisbon: **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**. Retrieved: [www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction](http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction) [2015-10-03].
- WHO (2004). *Neuroveda o užívání psychoaktivních látek a závislosti*. Bratislava: BB print pro Národní protidrogový fond.

**doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina**

*Působí jako lékař-psychiatr a vysokoškolský pedagog (SANANIM, z.ú., Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze).  
Kontakt: [kalina@sananim.cz](mailto:kalina@sananim.cz); [kalina@adiktologie.cz](mailto:kalina@adiktologie.cz)*



# Psychoterapie jako spirituální praxe?

Jan Šikl

Nesou dnešní důvody, proč lidé přichází do psychoterapie podobné či totožné se starými „duchovními“ cíli, pro které lidé vyhledávali místa vhodná k duchovní transformaci? Trápí nás dnes jiné problémy a otázky, či jen jejich pojmenování jsou dnes jiná? Nesou naše dnešní těžkosti, jmenované v psychiatrickém, psychoterapeutickém či jiném žargonu našich škol a přístupů, v sobě „staré zakázky“, staré důvody, které „lidi vyháněly na cesty do Delf či Eluzíny“, do změněných stavů vědomí, na pouti, k mystériím, k přechodovým rituálům, k pokání a duchovnímu obrácení? A to v nejširším slova smyslu, raději bez dalšího rozlišení, zda je tím myšleno překročení ega, dosažení nirvány či spočinutí v Bohu. Porozumění příčinám změnilo naše „horizonty naděje“, nebo se změnil člověk? Lze a má smysl pod dnešními depresemi, osaměním, strachem ze samoty, pocity odcizení, vztahovými problémy, identitními problémy, závislostmi, sexuálními problémy či stesky typu „nejsem sám sebou“ rozpoznat staré, vlastně univerzální motivy lidské nespokojenosti? Je to krok zpátky od dosažené diference k nerozlišenosti, či to může být smysluplný pohyb zpátky k původním kontextům „onemocnění“? Má smysl krok zpátky do doby, než se rozevřely „nůžky“ vědních oborů, na kterých stojí naše profesionální identita?

Nebo jinak: Není psychoterapie úsilí o vnitřní změnu a proměnu, kterému by před 150 a více lety šlo jen těžko porozumět jinak než jako duchovnímu úsilí? Není psychoterapie (také) novou verzí spirituální praxe? Po staletí dozadu by to možná byl jediný představitelný kontext a rámeček pro takový proces. To možná ten náš dnešní sekularizovaný rámeček a kontext je spíše netradiční a neobvyklý. Možná nejistý v sobě a svojí identitou, sám v jakési narcistické vývojové krizi vlastní adolescence, si urputně trvá na své separaci a autonomii. A také na tom, že může stát sám o sobě. A opravdu může? Pokud je to tak, neměla by se psychoterapie více ohlížet a znát ke své tradici, po rodičích, po příběhu, ze kterého se vydělila?

Úsilí k čemu? Nepsychologickým jazykem: K pravdě, svobodě, změně myšlení a hodnot, změně vztahů k bližnímu. Nejedná se o staré pojmy, jako je obrácení, methanoia a smíření? Jak se to děje, jak se to dělá? Skrze přijetí vlastní minulosti? Sebepoznání, nalezení svého já a jeho překročení? Smíření se sebou? Nezaznívají v tom, v nové dikci, staré univerzální a duchovní cíle? Mohly by se nějak takhle jmenovat, či vlastně jak? Tedy psychoterapie jako duchovní úsilí, jako spirituální hnutí a hledání, jako nová kapitola ve staré knize tohoto snažení? „O všemápravě věcí lidských?“ Úsilí o nápravu svého života z rozpoznání, že nežijí dobře? Že můj život není v pořádku, a ani já? Že mu něco chybí, že neteče, nemá směr, nedává

mi radost a smysl? Že neumím být dobře s lidmi, mít rád? Že nejsem sám sebou, že nejsem ve spojení se smyslem „věcí“?

Kudy a co vzít s sebou na tuto cestu? Nutně rozpoznání jakéhosi středu uvnitř sebe, zaslechnutí hlasu pravého já, bytostného já, selbst. Jak vratké pojmy. To snad už lépe, že „před kostelem – hádala se duše s tělem“. Odvahu to vidět, nutno vzít sebou. Snad je zde možno hledat i hřivnu „jinakého a cizího“ v sobě samém. Psychoterapie pak možná nabízí „apokryfní část dobré zprávy“, že jde s tímto „osobně cizím“ vejít v kontakt. Je to vlastně duchovní cíl, kterým se uleví světu (minimálně kolem nás), že zde může začít duchovní trénink přijetí „vnitřního cizího“, aby ubylo strachu a projekcí do vnějšího, jiného, cizího... třeba i náboženství. Snad to skutečně „cizí a jiné“ ani nemůže být jinde než v nás, než v osobním prostoru, kde usilujeme o svoji identitu. A nejen trénink integrace a snášenlivosti, ale jestli i Bůh je především „jiný“, pak v jinakosti v nás dřímá i hřivna transcendence.

Jestli náboženství má chránit člověka, aby přežil setkání s numinózním (Bohem, tajemstvím, bytostným já), pak psychoterapie má snad obdobný úkol. Aby člověk „přežil“ setkání se sebou, s růzností a jinakostí v sobě samém. Psychoterapie (a jistě to umí i filosofie) nabízí, aby se člověk stal opravdu otázkou sobě samému. Ale k tomu je třeba jinakost, na tu míří skutečná otázka, na jinakost. Psychoterapie pak umožňuje, aby člověk otázkou sobě zůstal, aby u otázky zůstal – aby se mohl o sebe začít opravdu zajímat. Aby ožil v otázce.

Směšná je častá výmluva „odpíračů“, že psychoterapie je pro slabochy. Kolik odvahy je k ní třeba. Odvahy k přiznání skutečného stavu věcí. Nezbatit se jich projekcemi, nepotlačit, nevytěsňovat, nepopřít. Často doslova dotlačení bolestí, často symptomy, které jako symboly onemocnění si trvají na svém. Symptomy, často nejvěrnější naše část a hlas, který si trvá na svém proti nám samým.

Jak často a jak velmi se jej chceme zbavit, aby věci mohly zůstat postaru!

Má tedy cenu mluvit o nových způsobech staré cesty?

Zahlédl jsem, a to je místo mé vstupní inspirace, že během psychoterapie, pod ní, „běží“ ještě něco jiného, že v psychoterapii je potenciál úsilí a péče ještě o určité jiné obsahy a že psychoterapie vyvinula speciální dovednosti o ně pečovat a usilovat. Možná jaksimimoděk, na pozadí jejího vědomého úsilí, probíhají paralelně duchovní procesy. Prozrazují je určitá slova, která jistě patří do psychoterapie, zdomácněla tady, ale je otázka, kde byla původně doma. Odkud jsme si je přivezli a vypůjčili, dobré by bylo minimálně uznat, že patří i někam jinam. Chtěl bych tak trochu zkusit „napínat“ některé pojmy, aby si rozpomněly...

Psychoterapie jako úsilí a péče o pozornost, bdělost a přítomnost. Specifická je péče o sen, pozornost ke snu a snění, protože sen pomáhá do přítomnosti obsahům, které bdělí a vědomí nevidíme. Jako péče a úsilí o čin, svobodu, vztah a lásku, celost a pravdivost. Sebe, já.

Napadají vás další? Nemyslím, že výčet je úplný, ani že se umím tématu úplně zhostit. Prostě jen nápad k rozvíjení, zahlédnutí kontextu něčeho, co zde před námi běžně je.

Ostatně ten nápad přišel v noci, uvědomil jsem si najednou zcela jasně, že psychoterapie je spirituální úsilím nenáboženského světa.

Psychoterapie vyvinula pozoruhodnou reflexi významu malého a skrytého. Nevědomého, zavrženého, popřehého, vytěsněného, nechtěného, bagatelizovaného (těchto malých bratří naší přítomnosti) – vlivu, této stínové dimenze, která vytlačena do nevědomí, neviděna, významně ovlivňuje, či dokonce vytváří „ted“ naší mysli. Jak relativní je „velikost“ co do vlivu na přítomnost. Jak „malé a skryté“ ovlivňuje více než velké, viditelné, vědomé, chtěné a proklamované. Jak se „hodnota“ okamžiku rodí ze subjektu a není jen reakcí na vědomou a vnější realitu.

Psychoterapie a zde psychoanalýza zvláště vytvořila jedinečnou časoprostorovou „Petriho miskou“ jako rámec, kde se daří speciálním pozorováním. Metodou volných asociací, a jiné školy různě jinak, dostává do přítomnosti a reflexe obsahy, které by jinak zůstaly za dveřmi našeho vědomí. Takto jsou vtahovány dovnitř vztahové i prostorové přítomnosti a zde, často skrze různé překážky, psychosomatiku a odpory, zvedány do slov a vědomí. Přítomnost se stává celejší. A to nejen o nějaké neutrálně objektivní fenomény, ale i vědomí mechanismu, jak a proč tyto obsahy nemohou být i jinde v našem životě vědomě přítomny. Je tedy rozpoznán i „mechanismus“ a důvody, proč tyto věci nemohly být na jevišti přítomnosti nasvíceny a vidět. Klientovi je vrácena svoboda vynést toto pozorování z terapeutické situace ven, do své běžné reality, kde tyto obsahy často chyběly stejně a ze stejných důvodů, jak to potkal v terapeutickém rámci.

Jako specifický příspěvek, jak psychoterapie obohacuje úsilí a péči o přítomnost, vnímám téma přenosových fenoménů. Téma ryze psychoterapeutické, původem psychoanalytické. Vzpomínám na rozhovor s jednou milou kolegyní, kdysi i psychoanalytičku, dnes buddhistku. Vytkla mi, a psychoanalýze zvláště, fixaci na minulosti, hrabání se v minulosti, „když jde přeci o bdělé přítomné bytí“. Provokovalo a inspirovalo mě to k obhajobě zabývání se minulostí v západní psychoterapii. „Zpracování minulosti je přece péčí o přítomnost!“ Minulost je v subjektu specificky relativní a tlačí se do „ted“. V mnohém jej zatěžuje, strhává do minulosti a tou kontaminuje, ale v mnohém ji také individualizuje a činí jedinečnou pro jeden každý subjekt.

Neklinický, běžný „přenos“ je každodenní součástí našeho vnímání reality. Vidím-li strom, nevidím žádný objektivní, „reálný strom“. Vidím strom plný mé minulosti, před každým stromem se táhne, jak políčka filmu, má předchozí zkušenost se stromy mého života, která zabarvuje ten aktuálně přítomný. Prohlubuje jej o jedinečnou moji zkušenost se stromy. Především pak mé rané zkušenosti se stromy, první rozpoznání a pojmenování stromu, výhledy ze stromu, pobyty na stromech, úrazy a traumata se stromy. To všechno výrazně ovlivňuje ten přítomný. Vlastně se pohybují, jungiánsky řečeno, v „komplexu“ stromu, či řečeno se Stanislavem Grofem, jedná se o coex stromu (coex expiriens – kondenzovanou zkušenost).

Chtěl by to někdo jinak? Bylo by to k žití s objektivními stromy? Strom vidím skrze „přenos“ na strom. Rozhodně k pocitu radosti a smyslu ze stromu potřebuji přenos své paměti a osobní historie do přítomnosti. Přenos „zaclání“ i „osvěcuje“ – vrhá stín i spolunasvěcuje viděné. Platí oboje, v psychoterapii běžnější „nevidím strom pro přenos na strom“, ale i „vidím strom skrze přenos na strom“. Strom se dokonce umí stát symbolem a to je velice jedinečné spojení osobního a univerzálního. Eliade říká, že symbol pomáhá člověku získat vztah k univerzalitě. Edinger říká, že symbol je most mezi tajemstvím a lidskou myslí, symbol je živoucí archetyp. A kdy už to léčit?

Přenos není jen „neurotické opakování“, zatížení přítomnosti minulostí, neschopnost vidět a žít přítomnost, neschopnost vidět a vnímat druhého člověka, jaký je, skrze zkreslení našimi projekcemi. Ano, to všechno a mnohem víc naše zkušenost s přítomností dělá. Přenos je ale také možné vidět jako formu paměti. Velmi osobní, až tělesné – psychosomatické paměti, která se vtěluje do „teď“. A má k tomu své dynamické a možná i jiné důvody. Třeba to není jen neurotické opakování, třeba se může s minulostí v přítomnosti něco důležitého stát. Třeba je přítomnost otevřená pro člověka a „jeho a její obrácení“.

Dovolte mi, abych volně reprodukoval. Lacroix v knize Smysl člověka píše, že v životě člověka není nic definitivního, hotového a minulého. Co bylo uděláno, může v přítomnosti nabýt nového smyslu. Nejde o to změnit fakta historie, ale o to, že v „teď“ může člověk změnit jejich význam. Minulost není uzavřená a hotová, je otevřená zpracování, proměně, pochopení, odpuštění, interpretaci. Minulost nevládne, je tu, v přítomnosti, k dispozici – je ve vzniku.

Myslím, že psychoterapie rozpoznala vliv minulosti a její dopad na přítomnost, také že našla velmi tvořivé způsoby, jak s minulostí pracovat pro přítomnou chvíli, jak vstupovat léčivě do své minulosti.

Dalším pojmem, který myslím dobře propojuje psychoterapii se spirituální praxí, je způsob, jak psychoterapie pečuje o čin, jak nakládá s činem. Klade otázku: „Jak a z čeho se rodí čin?“

Dnešní doba je poněkud přextrovertovaná. Co není vidět, měřitelné, účinné ve vnějším smyslu, jako by nebylo. I psychoterapie je tím postižená, a tak mi přichází stále více jiné a jedinečné, jak některé její „denominace“ pečují a usilují o čin. Aby čin byl dobře a plně činem.

Při přijímání do psychoanalýzy, ale i dynamické psychoterapie, bývalo dávano doporučení, aby v době jejího trvání, člověk nedělal zásadní rozhodnutí. Důvodům jsem rozuměl tak, že aktér prochází zásadní vnitřní transformací, pro kterou má být vytvořeno dobré a bezpečné místo, a to nejen v rámci terapie, ale i v jeho nitru. Že není třeba hned vyjít ven skrze čin. Ale pocity, vnitřní stavy a jejich dynamiku zkoumat a nějakou dobu nechat být „uvnitř“ bez dopadu na vnější realitu.

Jistěže nakonec má být vnitřní změna vynesena na světlo, že to je podstatná část jejího smyslu – aby ovlivnila „vnější“, měla „dopad“ na vnější realitu. Ale že to má svůj čas. Že péče o čin může být i v jeho zadržení. Že činem může být i zadržení činu. Že čin lze „ztratit“ i jakýmsi jeho ne plně vědomým učiněním – odehráním, actingoutem.

Zkrátka, že je zde jedinečný a dnes neběžný důraz na zadržení činu jako způsobu péče o jeho pravost. Imperativ je v tom: Poznejte jej! Poznejte a zkoumejte, z čeho jsou vaše činy, ať jsou více vaše. A více činy, pokud jejich charakteristika je také z toho, že jsou vědomě provázané s tím, kdo je činí.

Kdo byl někdy v psychoterapii, ví z vlastní zkušenosti, že tento imperativ „nečin rozhodnutí“, je myslitelný jen jako jakýsi paradox. Jako korektiv k hluboké potřebě jít a činit rozhodnutí, vynést změnu ven, přiznat se k ní, učinit vyznání, comingout a vložit ji z „vývojký“

terapeutického procesu do „ustalovače“ vnější reality a závaznosti činu. Zde by asi úvaha mohla dobře pokračovat reflexí, „jak psychoterapie pečuje o paradoxní intenci“.

Jedinečným tématem, které je ukázkově „dvojdomé“, doma jak v psychoterapii, tak v duchovní oblasti, je sen. Sen je v duchovní tradici často místem, kde mluví Bůh, zdroj odkazující k transcendentnímu zdroji. Úzdava jde „shůry“ – jsme „nemocní ztrátou Boha“ – posledního vztažného rámce a spoje krovu. Freud vrací sen subjektu a popisuje geniálně jeho intrapsychické funkce. Vrací jej do nitra člověka. Inspirace zde jde „zdůli“.

Tajemství snu je v člověku, sen je subjektivizován. Ale také je „prométheovskými ukraden“ ze svého původního místa a oddělen od transcendentního zdroje.

Myslím, že jungovská analýza hledá způsob, jak jej vrátit na původní místo. Jak jej neztratit pro subjekt, ale znovu sakralizovat, učinit posvátným a cele nevlastněným člověkem. Nezabít spojení s transcendentním zdrojem, který nemusí být „daleko za havlovským horizontem bytí“, ale v imanenci, ve středu věci, v duši člověka. Tedy sen, jako posvátný zdroj, který tryská v subjektu. Sen musí zůstat otevřen oběma směry a propojovat je. Je nesmírně osobní a tuto „osobnost“ si musí ponechat, tuto vazbu k subjektu, ale je i nadosobní – nekončí u já v běžném slova smyslu, ukazuje, že řeč o takovém já není celou.

Šlo by pokračovat s dalšími pojmy charakteristickými pro psychoterapii, k úsilí o pravé já, k úsilí o vztah, který stojí ve středu terapeutické situace, o téma sebelásky, o integraci a přijetí vlastní historie.

Jinou skupinou by mohly být pojmy jako slovo se svojí proměňující mocí, která je v obou tradicích velmi významná, a vůbec pak řeč, slyšení – poslyšnost (po – slušnost). Vždyť interpretace je vnímána jako proměňující intervence. Nejde o běžné informativní sdělení, ale o opravdovou in-formaci – vnitřní proměnu, skrze mezilidský dialog, kde je slovo velice osobní a pozorné k pacientově osobní historii i přítomnosti.

Samostatnou kapitolou by mohly být pojmy, které si psychoterapie z „duchovní oblasti“ nepůjčila či jejichž obsah není zřejmý. Třeba téma oběti a pokání. Je-li předmět úsilí o duchovní transformaci s psychoterapií společný, jak se pokouším naznačit, bylo by jistě na místě uvažovat, proč se o těchto obsazích v psychoterapii nemluví. Jestli jí nechybí, jestli by se pro ně neměla „vrátit“ a zkusit je integrovat do tohoto původního celku. U pokání bych si dovedl představit, že ho v psychoterapii, ve specifické formě, vidím. Snad skrze pokoru, kterou její proces evokuje, je pokání přítomné. Možná dokonce jaksi „zdola“ bez stereotypu vnějšího imperativu, kde snad ve spirituálním kontextu občas i uvízla na mělčině. Oběť pak je myslím představitelem obsahu, ke kterému psychoterapie těžko hledá vztah, a z jistých důvodů, které by jistě stály za reflexí, ji má na „indexu“. Oběť je „tvrdým“ spirituálním pojmem, který odkazuje k jinému řádu, který psychoterapie nezavzala do svého běžného myšlenkového systému. Bylo by ale samozřejmě možné uvažovat o „sekularizovaném“ obsahu slova a uvažovat, co všechno v psychoterapii obětujeme, čeho se vzdáváme. Jistě různých životních strategií, různých vrstev sebeobrazu, jistot o sobě, narcistických iluzí, grandiózních fantazií, falešných představ, idealizací dětství, rodičů, schopností své lásky, stejně jako nástrojů, které mi pomáhaly zvládat svůj život. Projekcí, potlačení, vytěsnění a mnoha dalších nevědomých způsobů, které tak dobře sloužily.

Pokud bych měl ale vyjít ze své zkušenosti s psychoanalýzou, řekl bych, že její výchozí paradigma tvoří jistý stín. Je příliš „individualistickou“ vizí, kterou měla člověka osvobodit z dobového prožitku nesvobody subjektu ve vztahu k „náboženskému“ dogmatu, které se chovalo „totalitně“ k potřebám subjektivity. V tomto kontextu „osvobozovala“ člověka pro úkol individuace. Pod rukama slepého Kyklopa prošly však i mnohé jiné ovce.

Psychoanalýza nezná a nemá zájem o překonání Já – Ega a jeho odevzdání. Usiluje právě o něj a není to malý cíl. Aby bylo pánem v domě vědomí. Psychoanalýza povstala z práva na subjekt. Tím je pozdním dědicem osvícenství, víry v racionalitu a vědecké poznání, jako poslední a úplné poznání. Tedy tak tomu bylo v dobách jejího vzniku. Osvobozuje – separuje – individualizuje člověka. I z náboženské nesvobody a nesamostatnosti. Psychoanalýza patří historicky i svým zakladatelem k „věrozvěstům“ v osvobození subjektu, jak říká S. Zweig v Hvězdných okamžicích lidstva a kde Darwin, Koperník a Freud patří mezi „mýto-tvorné titány“ – tvůrce práva na subjekt a jeho svobodu poznání. Pro ranou psychoanalýzu a Freuda je charakteristický antagonismus k náboženství, lze se však dívat na tuto polarizaci z odstupů, skrze porozumění době a kontextům vzniku. Pak vystupuje více do popředí dialektická protipólnost jako předpoklad pro kontrastní vidění, otázky a dialog. Zde myslím dobře navazuje a odpovídá na některé otázky „jungovská“ psychoanalýza. Vnímám ji jako vyvažující protipohyb, který vrací subjekt zpět do širšího nadindividuálního kontextu, který člověk nutně potřebuje, aby byl celý.

Náboženství zde plní spirituální funkci tím, že vrací člověka (subjekt) do celku a řádu. Relativizuje jeho výjimečnost, koriguje inflaci jeho Já, pomáhá překročit separaci a autonomii jako finální cíl. Nabízí ji místo nutného vývojového úkolu, či možná etapy duchovního zrání. Zralé já má ale ještě jiný cíl – odložit sebe, nebýt vlastním cílem. Snad by bylo možné mluvit o přirozené transcendentní potencialitě Já?

Zůstaňme u otázky na závěr, je to pravdě podobnější.

Zde bych chtěl skončit. A jistě ne proto, že je to celé, či hotovo. Předznamenal jsem, že text je jen nápadem a „nedokonavost“ k němu nutně patří.

**PhDr. Jan Šíkl, Ph.D.**

*Speciální pedagog, psycholog, psychoterapeut, psychoanalytik, supervizor.  
Dnes pracuje v Praze v soukromé praxi jako psychoterapeut a supervizor.  
Kontakt: [jansikl@volny.cz](mailto:jansikl@volny.cz)*

# Úzdrava aneb Jak je to doopravdy?

Stanislav Kudrle

Úvodem chci říct, že dnes neuslyšíte patrně nic, co byste už neslyšeli, a nedozvíte se nic, co byste už nevěděli.

Přesto: někdy je významné zvědomění dávno známých daností a kontextu, aby člověk mohl „znovu“ „slyšet“ a popřemýšlet. O to zvědomění kontextu se chci právě pokusit. Otazník za názvem přednášky jsem dal pro případ, že by to bylo úplně jinak, a taky aby to bylo alespoň trochu vtipné.

Abychom reálně mohli vůbec uvažovat o tom, co je to úzdrava, musíme si být dostatečně vědomi, jak závažný a rozsáhlý je problém, který chceme uzdravovat. Jaké má úroveň, etiologii, patogenezi a jak reaguje na „léčení“. Pak teprve můžeme přistoupit k hledání zdrojů léčby, k hledání účinných faktorů léčby, k hledání nezbytných spojenců v léčbě.

A hlavně:

Musíme si být v dostatečné míře vědomi, že problém skutečně existuje, a bez urychlené práce na jeho odstranění jej možná už nikdy nezvládneme.

Kolem roku 2012 se hodně mluvilo o prognóze konce světa na základě končícího mayského kalendáře. Část lidí to vůbec nevěděla, část to vyslechla jako další nesmysl, část se o to nějak zajímala, aby to pochopila, a pak se s větší či menší mírou zvědavě obávala, co nastane po prosinci 2012.

A část prožívala úzkost a „radši nechtěla nic vědět“ pod heslem „stejně s tím nic neudělám“.

Jiné varianty mě nenapadly, ale určitě ještě nějaké jsou.

Nevím, kolik z těch všech lidí napadlo, že možná nešlo o předzvěst dějinné události typu globální apokalypsy během 3 dnů. Ale o prognózu pozvolného úpadku lidské společnosti, která v období kolem roku 2012 vytvoří ve svém sebedestruktivním počinání takové množství podmínek, že proces už nebude reverzibilní. Mně osobně se tato verze docela potvrzuje.

## CO JE ZDROJEM TÉTO SEBEDESTRUKCE?

### PŘEKVAPENÍ Č. 1: PŘEDMĚT NAŠEHO OBORU – ZÁVISLOST.

#### **Závislost na kolektivní a individuální úrovni.**

Jak tomu rozumět?

Chybí nám odvaha, správné chápání a v neposlední řadě i nástroje, abychom skutečně popsalí rozšíření závislostních postojů, mechanismů a vzorců na mentální, emocionální, fyzické, vztahové, látkové úrovni. Nevíme, kolika lidí se patologická závislost opravdu týká, z mých poznatků v dospělé populaci zřejmě většiny.

Teď ke kontextu.

#### **Na kolektivní úrovni:**

Žádný jiný živý druh na této planetě nevyvinul největší profit, zisk, byznys na utrpení vlastního druhu než člověk.

#### **Na pólu přímočaré destrukce:**

1. nejvíce profituje obchod se zbraněmi, celkově válečný průmysl jehož praktickou činností se nejvíce šíří utrpení – včetně zavlečení nemocí v podobě biologických zbraní
2. obchod s drogami včetně alkoholu a tabáku – působící devastaci na úrovni zdravotní, genetické, sociální, psychologické a duchovní
3. obchod s hazardem – promyšleně a nenápadně dostává lidi do největšího vazalství a dluhových pastí

#### **Na pólu skryté destrukce, která se tváří jako antidotum přímočaré destrukce:**

1. Je to v určitém smyslu farmaceutický průmysl, který „léčí“ utrpení pomocí návykových psychofarmak. Léčí ho tím, že zbavuje symptomů úzkosti, bolesti, deprese, ale podstatu udržuje dál. Tou je často **stav zakletí, které působí závislost**. S mnoha takovými léky se člověk dočká prohloubeného zakletí v kombinované závislosti.
2. Je to byznys kolem peněz – bankovní i nebankovní sektor: půjčky, hypotéky, kreditní karty, kontokorenty, finanční páky, lichva. Ten zase „léčí“ naši baživost, naši chuť žít na dluh. Můžeš mít už teď, a splácet začneš příští rok. I tady jsme v promyšlené pasti. Výsledkem jsou pak složité cesty z dluhových pastí v individuálních a firemních bankrotech. V přírodě neexistuje nic na dluh, až člověk to stvořil. Stačí jen uvěřit, že je to možné, a cesta je otevřená.

V těchto jmenovaných odvětvích se nejvíce vydělává, přitom jedno vytváří příležitost pro druhé, vzájemně se tato odvětví podporují k tiché sebedestrukci existence, vytvářejí silnou závislost. Zbrojní průmysl operuje na imanentní potřebě člověka prožívat a zajišťovat si pocit bezpečí. Dovednými informačními a dezinformačními kampaněmi uvěříme, že jedině bezpečí spojené s vyzbrojením je to správné. Aktuálně strmě stoupá zájem o nové zbrojní pasy a osobní zbraně v ČR v souvislosti imigrační vlnou a její mediální prezentací.



Podobně farmaceutický průmysl sleduje své obchodní zájmy a jim přizpůsobuje své kampaně, jak žít „spokojeněji“, bez problémů, s pomocí léků.

Byznys finančnictví vám chce „nezištně“ pomoci z problémů, domněle zvýšit vaši životní úroveň. Konsolidovat vaše dluhy. Ale i v této nabídce číhají další pasti drobným písmem psaných mnohastránkových smluv, kde lákavá nabídka je často v jiném místě textu nenápadně neutralizována. Vyzná se jen málokdo. Připomíná to vtip o tom, co je to psychoanalýza: *metoda na hledání velikonočních vajíček, která analytik předem poschovával.*

Alkoholová, tabáková a drogová liga vám prostě jen nabízí „hezké chvíle“, aby ten život nebyl tak fádní. A vy mezitím sestupujete do sklepení depresí, aniž si to uvědomujete. Vždyt další dávka zase mysl a tělo na chvíli povznese.

Všechny tyto entity navíc nemají zájem na snížení svého vlivu, tedy aby vládl převážně mír a lidé se skutečně uzdravovali, aby lidé žili spokojeně ve střídmosti, protože tím by tyto entity byly oslabovány. Jak ve vlivu na vědomí lidí, tak na úrovni zisku. Na strachu z utrpení se vydělává nejvíc. Stejně tak na chuti žít na dluh. Prožitek utrpení vychází často z indukovaného utrpení, které tyto entity neslyšně podmiňují. Není to bizarní? Proč tomu všemu jen přihlížíme?

### **Na individuální úrovni:**

Proč to nejsme ochotní vidět a jednat? Brání nám v tom naše baživost a závislosti? Ano.

Co podstatného nám chybí, že jsme to dopustili? Je to snad absence prožívané spirituality, řádu věcí, pochopení střídmosti a dostatku? Všimněte si, že tato slova se už nikde neobjevují, ztrácejí se z našeho slovníku – střídmost, pokora, dostatek, respekt k řádu vesmíru či existence, k Bohu, jak mu sami rozumíme. Mathew Fox, Vatikánem umlčený teolog, říká (volně parafrázují): „Pokud chcete zažít v Americe skutečnou spiritualitu, nechoďte do katolického kostela na nedělní kázání, ale přijďte na meeting AA.“

Pozoruji zřetelný kvalitativní skok v úrovni údravy svých pacientů, pokud se své prožívané spiritualitě začínají otevírat. Vidím, jak nad nimi závislost postupně ztrácí svoji moc. To je nejužasnější transformace, protože změna se děje na všech úrovních lidské bytosti. Na fyzické, psychické, mentální a spirituální. Člověk se odpoutává od svého závislého života k alkoholu, k lékům, k drogám. Odpoutává se ze závislých vztahů a postojů, ze závislých přesvědčení a uzdravuje se. Více diferencuje. Určitá závislost i tak v něm bude nějak přetrvávat, ale ne ta sebedestruktivní. Například závislost na vzduchu, na dobré stravě, na potřebě přátelství. Je ale schopen více diferencovat mezi podporující vazbou a destruktivní závislostí. Je to pak již celoživotní hledání jiného typu bezpečí, pokory a víry, jiného smyslu bytí. Je to doslova „o něčem jiném“, jak pacienti zhusta říkají.

Jak ale můžeme iniciovat, podpořit a hlavě udržet zdravý trend, který jsem právě popsal, když podmínky pro moderní život jsou nastaveny tak, jak jsem popsal výše předtím? Na první pohled je to nemyslitelné, je to prohraný zápas s několika impérii moci. Připočteme k nim ještě další mocenské faktory, jako je polická moc, náboženská moc a mocí posedlá extrémistická společenství. Myšlenky na osobní rezignaci jsou nablízku u řady lidí kolem

nás. Člověka láká nahlédnout za práh konspiračních teorií: Kdo to tu vlastně řídí? Jaké má zájmy? Čemu to tu celé slouží?

Připočteme v našem oboru i naši názorovou nejednotnost, řevnivost, absenci jednotných priorit, nedostatek autorit, které by měly skutečný vliv na veřejné mínění. Byly v nějakém smyslu charismatické a věřilo se jejich slovu a počínání, které by mohly něco zásadně ovlivňovat. Poukazovat na tyto fatálnosti. Jsme s našim oborem **Nemocí ze závislosti** spíše vnímání jako Ti někde na konci všeho pro ty, kteří ten „fíčák“ života nezvládli a ztratili nad sebou kontrolu. Ti, co to nezvládli, jsou naši pacienti. Ale co Ti ostatní, kteří v zakletí žijí také?

Jak bychom mohli probudit ve vědomí lidí pravdivou myšlenku: „*Vždyť* mě se to ale na nějaké úrovni týká také a už hezky dlouho“.

Nepřipouštíme si, jak fragilní jsme si vytvořily podmínky pro život, jak blízko jsme sebezničení a jak jednoduché by to bylo.

Stačí dezinformační politika a kampaň. Všimněte si, jak je tato zbraň účinná. Na vzdory špionáži, sofistikovaným technologiím, které jsou schopné nahrát skoro vše, co bylo řečeno, zobrazit vše s centimetrovou rozlišovací schopností, archivovat všechny rozhovory, jaké kdy lidé mezi sebou vedli přes komunikační média, a přesto drtví většina lidí neví, co se skutečně děje například v rusko-ukrajinském konfliktu. Jsme obětí dezinformací patrně z obou stran. To stačí.

A pak ve vhodnou chvíli vypnout všude elektřinu. A je hotovo. Všechny infrastruktury se rozpadnou, rychle přestane téct pitná voda, přestanou odtékat splašky, nebude teplo, ani ochlazování, přeruší se většina komunikačních kanálů, přestanou fungovat platidla, banky a ekonomické vazby. Chaos a kolaps. Není třeba zbraní hromadného ničení. Jen vypnout proud. Tak jsme závislí a ohrožení. Kolik znáte kolem sebe lidí, kteří by bez většího problému mohli okamžitě hospodařit na kousku pole, opatřit si takto či lovem, sběrem plodin obživu, zajistit si nějakou podobu vytápění a měli zdroj pitné vody k ruce?

Neznám recept pro uzdravení na kolektivní úrovni. Jen jsem si vědom, jak tento kontext podporuje na vědomé i nevědomé úrovni osobní ochotu se „zadlužit“ vůči svému původnímu přesvědčení, vůči svému zdraví, vůči svým hmotným možnostem a vůči své spiritualitě.

Nicméně. V terapii se zabýváme uzdravením jedince. Často k tomu využíváme ale efekt skupinového ovlivňování, případně působení komunitního soužití a pravidel. Používáme tedy, extrapolujeme to, v co věříme, že pomáhá jednotlivci, i na malou skupinu. Osobně vidím velkou naději v tom, že tyto „ostrůvky pozitivní deviace“ mohou najít spolu vzájemnou rezonanci a působit postupně i v širším měřítku. V praxi se to projevuje. Všichni známe, že se k nám hlásí klient na doporučení jiného klienta. To funguje.

Pro ovlivňování širšího kontextu ve větší míře máme zatím krátký dech. Potřebovali bychom lidi více probouzet z toho výše popsaného snu, že žít lze beztrestně na dluh.

V poslední době si více všímám podobenství z pohádek. Pohádky téma zakletí a vysvobození přinášejí v nejrůznějších podobách. Od zkamenění, usnutí až po znečitlivění a proměnu hodnot. Jako je to v pohádce H. Ch. Andersena Sněhová královna. Pojďme si ji připomenout,

hlavně to její vyznění: povím teď volně základní dějovou osu a komentuji ji (v textu vyznačeno kurzivou).

Zlý čaroděj zhotovil zrcadlo, které mělo tu vlastnost, že cokoliv se v něm odráželo, se nějak zpitvořilo. Čaroděj se tím náramně bavil, protože i věci hezké vypadaly jako pošklebky. Jeho učedníci běhali se zrcadlem po světě, až se celý svět jevil celý zpitvořený. Přitom učňové všude hlásali čarodějovu větu, že je tu sestrojen zázrak, který dá člověku poznat, jaký je svět a jací lidé ve skutečnosti jsou. *Podobně jako všichni dealeri závislostních vějíček.* Čaroděj i učedníci se náramně bavili. Bylo jim to ale málo, tak chtěli vynést zrcadlo na Nebesa, aby se v něm zahlédl i Bůh. Jak stoupali výš a výš, zrcadlo se začalo chvět, až prasklo a rozletělo se na miliardy střípků, které padaly k zemi. Každá střípka si přitom podržela moc původního zrcadla (*Andersen je vlastně objevitelem principu hologramu*). Jakmile střípek zrcadla uvízl někomu v oku, začal vidět věci zkresleně, iluzivně, aniž si to uvědomoval, a viděl vše často jako špatné. Pokud střípka uvízla v srdci, pak se jeho srdce změnilo v ledový střechýl. S časem takový člověk stále více zapomínal na vše, co původně znal a miloval.

Střípek čarodějného zrcadla pronikl do srdce Kájovi a on se změnil. Znečitlivěl, změnila se mu povaha, prožívání, aniž si to uvědomoval. *Už vnímáte tu podobnost s tématem závislosti?*

*Je tu silné pokušení měnit prožívání a je tu vymknutí z kontroly pro ne-pokoru, kterou střípky stimuluji. Je tu progredující změna, která zasahuje stále více lidí, aniž si uvědomují, že žijí v zakletí. Žijí v nových hodnotách a staré se jim vzdalují, ztrácejí z paměti. Těmi novými je nevráživost, podrážděnost, zloba, upínání se ke snovým realitám.*

To je příběh Káje, který se odebral za vábením do paláců Sněhové královny, do paláců znečitlivění a zapomnění. *Není to silná výpověď o mechanismu žádostivosti, ulpění a závislosti?* Malý Káj žil u Sněhové královny a měl tam vše po libosti, na co si vzpomenu, respektive na co kouzlo dovolilo si vzpomenout, a myslel si, že se mu dostalo nejlepšího údělu na světě. Přitom však stále více tuhnul, chladnul a zapomínal.

*Pohádky nás vedou k poznání, že touha po neobyčejném může být komplikována zakletím, které hned neprohlédneme. Pohádky přináší toto poznání. Ale my je možná čteme už bez hlubšího zamýšlení nebo se na ně díváme ve filmové podobě a je pro nás důležitější, který herec hraje prince než vlastní poučení z příběhu vycházející.*

Jak to bylo dál? Musela existovat nějaká jiná bytost, která nebyla zakletím zasažená a nezapomněla. Gerda nezapomněla na Káje a měla velké zdravé srdce. Vydala se ho hledat. Její láska, soucitění s malým Kájem, touha vrátit se do dřívějšího přátelství ji dovedla s pomocí spojenců do paláců Sněhové královny. Tam Káje našla, který ji ale nepoznával. Až její vroucí slzy pronikly k jeho srdci a vyplavily střípek z jeho srdce. Kouzlo pominulo a Káj začal rozpoznávat. Uvědomil si tu hroznou zimu a prázdnotu kolem sebe. Plakal a vyplavil si střípek z očí. Gerda jej zahřívala svými slzami štěstí a lásky a Káj se rozvzpomínal a ožíval. Pak se spolu vrátili domů, *kde Domů můžeme napsat také s velkým D a symbolizuje právě úzdravu.*

Pohádky, se kterými se od malinka setkáváme, nás připravují na život. Říkají nám to podstatně a nabízejí často také řešení pro krize, pro zakletí, pro šťastný život.

Otázkou je, proč to nefunguje, když vlastně všechno potřebné víme. Že by ten čaroděj zase něco zkonstruoval?

**MUDr. Stanislav Kudrle**

*Psychiatr a psychoterapeut.*

*Pracuje v soukromé psychiatrické a psychoterapeutické ambulanci v Plzni.*

*Kontakt: [doorway@seznam.cz](mailto:doorway@seznam.cz)*

# *Cesta a její síla: Droga jako hledání, závislost jako krize, úzdrava jako šance*

Pavel Bém

*„Tvým unaveným očím přináším vizi jiného světa, tak nového, tak jasného, tak svěžího, že zapomeníš na bolest a zármutek, které jsi viděl dříve. Avšak toto je vize, o níž se musíš podělit s každým, koho potkáš, jinak ji více neuzříš. Jedině darováním se může dostat tohoto daru i tobě.“*

*(Stanislav a Christina Grofovi, 1989)*

## 1. ÚVOD

Tento text si neklade za cíl provést sofistikovanou kritickou analýzu současného adiktologického paradigmatu, v jehož rámci přistupujeme k našim nemocným, závislým pacientům. Ani není ambicí přednášky představit originální teorii, proč se lidé stávají závislými, či nabídnout univerzální terapeutický nástroj, jak takové onemocnění léčit. Nabízím spíše prosté zamýšlení reflektující obsah názvu výroční odborné konference SANANIMU v roce 2015: Úzdrava a drogy. Zamýšlení nad obsahem pojmu „úzdrava“ i nad tím, na co ve svých každodenních klinických praxích pod neustálým tlakem naléhavosti a potřeb našich klientů nemáme vlastně ani čas. Nabízím pohled na závislost jako na „stav mysli“. Abychom z takového stavu mohli pomoci našim klientům „vystoupit“, musíme se nejprve pokusit do něj „vstoupit“. To také znamená jej „pochopit“.

Závislost na návykových látkách je z definice chronická, recidivující, často celoživotní onemocnění, a pokud není adekvátně léčeno, má progresivní vývoj s devastujícím účinkem na lidskou psychiku, rodinu i mezilidské vztahy. Ireverzibilní změny ve funkcích centrálního nervového systému (převážně chemické či neurotransmitterové povahy) i závažná poškození řady dalších orgánů pak nejenom zhoršují vlastní prognózu vývoje onemocnění, ale také definují individuální i širší sociální kontext, ve kterém se odehrává proces léčení, či lépe úzdravy. Závislí často svádí nekonečný souboj se svým „osudem“, jsou konfrontováni s neustále se opakujícími cykly relapsů a z takového „boje“ jsou často „k smrti unaveni“. Není neobvyklé, že nakonec ztrácí naději a víru v lepší budoucnost.

Dnes pravděpodobně nejkompexnější vhled do širších kontextů závislosti nabízí bio-psycho-sociální etiologický rámec onemocnění. Významnou roli ve vzniku i v udržování

závislosti má osobnostní profil nemocného, ať již dědičně založený, či získaný v čase raného dětství, ve vývojovém období časného školního věku či v rozhodujících životních etapách dospívání a individuace. Zkušenosti z předškolních, školních i dalších sociálních institucí konfrontujících dítě s vrstevníky, pravidly, povinnostmi a nároky autorit i klíčové vývojové etapy dospívání a následné separace od rodičovských autorit mohou mít zásadní vliv nejenom pro vlastní experimentování s drogami, ale také pro postupný rozvoj závislosti. Vlivy primárních rodinných systémů jsou jistě mimořádně významné, nicméně stejně důležité, či dokonce důležitější mohou být aspekty sociálních interakcí, zahrnující vrstevnické vlivy a tlaky a také stereotypy chování vytvářející se v různých sociálních kontextech na osách mezi jednotlivcem, konkrétní návykovou látkou a daným prostředím. Toto vše je ovšem opakovaním dobře známých banalit.

Co ovšem, myslím, není úplným opakováním známých banalit, je konstatování, že ani téměř nekonečný výčet všech možných etiologických faktorů vzniku závislosti nám mnohdy nestačí k úplnému porozumění hloubky lidské krize, která ovládá myšlení, konání i spirituální, či chcete-li, „duchovní“ rozměr života závislého člověka. Takovou „križi“ si lze představit skrytou pod slovy jedné z našich klientek/matek: „Byla jsem v tak zoufalém stavu, že když jsem si mohla vybrat mezi alkoholem a mým milovaným tříletým synem, zvolila jsem vždy alkohol...“ Smyslem zde není soudit morální rozměr takového výroku, nýbrž ukázat na duchovní hlubinu utrpení, které dokáže zastínit i jeden z nejsilnějších instinktů – mateřský pud.

## 2. TAO ZÁVISLOSTI: CESTA A JEJÍ SÍLA

*„Větrný vír nevydrží celé ráno a ani bouře netrvá celý den.*

*Co je způsobilo? Je to nebe a země.*

*Pokud ani nebe a země nejsou schopné dlouhého trvání, co teprve člověk?*

*Člověk, který má sílu, se sám stává silou.*

*Ztrácí-li člověk víru, ani ostatní mu nevěří.“*

*(Lao-C': Tao te t'ing)*

Taoisté pochopili velmi přesně, že protiklady nejsou reálnými entitami, které by mohly existovat samy o sobě, ale podobně jako principy jin a jang se pohybují v trvalém proudění – „jeden volně rotuje kolem druhého a střídavě dominuje, či naopak ustupuje, zatímco Tao zůstává neměnné, beze jména, bez vymezení“.

Systemičtí a rodinní terapeuti pak takové „Tao“ vymezili jako „homeostázu“, tedy dynamickou rovnováhu, která přináší a udržuje symptomatické chování. V našem případě symptomatické chování, které vede postupně k experimentování a rozvoji závislosti. Taková cesta experimentování v sobě samozřejmě ukrývá značná rizika. Dobře víme, že naprostá většina drogových experimentů sice závislostí nekončí, přesto významná část z nich, bohužel, ano. I tyto životní příběhy je nezbytné vnímat v širších kontextech a vlastní „cestu experimentu“ jako zkušenost a poznání, které má svoji individuální vývojovou hodnotu. A to i navzdory tomu (či možná právě proto), že často vede ke krizím, které jsou důvodem, proč experimentující nebo závislý vyhledá pomoc odborných či pomáhajících institucí.

Jak na takové krize/výzvy/příležitosti dokáže reagovat svět odborných, pomáhajících institucí? Lékař a představitel tzv. „antipsychie“ R. D. Laing, jeden z nejvýznamnějších kritiků současného paradigmatu v oboru psychiatrie, nabídl nový pohled na svět psychotických onemocnění, když prohlásil, že „psychózy nejsou abnormálními biologickými procesy, nýbrž jsou výsledkem narušených vzorců lidské komunikace. V tomto kontextu pak standardní algoritmus vlastního „psychiatrického obřadu“, skládajícího se z vyšetření, diagnózy a léčby v našem tradičním pojetí, můžeme vnímat také jako postup klienta v jeho hlubší lidské podstatě degradující a vlastní „léčivý potenciál transformačních procesů“ narušující.

Lyman Wynn, významná autorita moderní psychiatrie a skvělý rodinný terapeut, byl k tradičnímu pojetí psychózy „ohleduplnější“, když konstatoval, že „schizofrenie především odráží problémy důležitých vztahů našich pacientů s jednotlivci, malými sociálními skupinami i celou společností“. Ať již přijmeme laingovské paradigma, vyzývající k zásadní změně vnímání psychotických onemocnění z hledisek nikoliv pouze etiologických, ale také terapeuticko-intervenčních (to asi pro většinu z nás nebude tak snadné), anebo budeme akceptovat wynnovské paradigma (to bude pravděpodobně snazší) definující, že ať už k psychotické krizi dochází z jakýchkoliv důvodů, stejně nám nezbyvá nic jiného, než ji vnímat v širších komunikačních a sociálně interakčních kontextech, ve kterých reálně existuje, v obou případech je zřejmé, že vlastní léčebný proces tyto reality musí respektovat a léčebné intervence tomu podřídit.

Podobně i závislosti (látkového stejně jako nelátkového typu) a s nimi spojené krize bychom měli vnímat v kontextu křehkých patologických homeostáz, umožňujících našim klientům sice špatně, ale přesto přežít. Ale to k našemu pochopení nestačí. Ambicí našich intervencí zcela nepochybně musí být nabídka služeb pomáhajících „přežít“ („harm reduction“), stejně jako přání, aby si klient našel nový (či staronový) život, sice se závislostí, ale bez drogy. Alternativou či dalším vývojovým stupněm našeho společného (terapeuticko-klientského) hledání pak může být změna/proměna hlubšího řádu: tedy „úzdruva“. V „laingovském“ pojetí závislost a s ní spojená psychospirituální krize nemusí být vnímána jako abnormální biologický proces lidského těla, nýbrž příležitost k transformační zkušenosti, která může vést k hlubší psychospirituální proměně a následně právě k uzdravě.

Vždy se jako klinici ptáme: A co to pro nás znamená? Jaké to má či může mít praktické implikace pro naši práci? Znamená to, že nemáme vyšetřovat, diagnostikovat a léčit? Znamená to, že máme dělat něco jiného? A pokud ano, tak co? Máme se chovat pouze intuitivně a provázet klienty jejich utrpením s nadějí, že krizi překonají, projdou transformací „hlubšího řádu“ a vstoupí do nových životů? A jak vůbec víme, že takové životy budou lepší?

Autor systemických konstelací Bert Hellinger tvrdí, že ve svých životech hledáme lásku, která v sobě obsahuje skryté symetrie (dávání a přijímání, vinu a usmíření/odpuštění, pýchu a pokoru, řád/rovnováhu a chaos/nerovnováhu...) a naším úkolem je takové symetrie nalézt a pochopit. Hledáme skryté síly a energie v nás i druhých. Hledáme harmonii, mír a usmíření. Žijeme se svojí historií, silou tradic a hodnot, uzamykáme se do svých stereotypů, vzorců či schémat. Žijeme v systému, nebo chcete-li v kontextu, zrcadlíme se v primárních rodinných strukturách/konstelacích a ony se zrcadlí v nás. Žijeme s vinou a výtčkami, ale také s ideálem obrazu sebe sama, své rodiny. Bert Hellinger tvrdí, že „skrýváme a potlačujeme vše, co v nás nabourává ideál této dokonalosti a nevinosti. Ze svého středu vylučujeme ty, kteří v nás vyvolávají pocit viny, úzkost či strach. Přemítání o nich nám působí bolest. Hledání klidu a míru v rodinných systémech není ani jednoduché, ani pohodlné. Ti, kteří

jej nicméně hledají, jsou konfrontováni právě s komplikacemi, bolestí a vinou. Musíme hledat místo v naší duši pro každého, i pro toho, který není obrazem onoho ideálu. To vede k uznání, přijetí i lásce.“

Cesty naděje jsou definovány nejenom naší schopností vystoupit z komunikačních stereotypů a pochopit sebe sama, nýbrž také naší šancí být přijat, a prožít tak nezbytný a silný pocit souzáležitosti. Závislý a člen sdružení Anonymních Alkoholiků (AA) říká, že ho hluboce dojmá atmosféra otevřenosti a důvěry na setkáních AA, a ptá se, zda prožité utrpení je nutnou podmínkou pro vznik tak silného pocitu souzáležitosti. A B. Hellinger odpovídá: „Utrpení a pocit viny jsou mocné síly, které drží komunity pohromadě. Silný pocit souzáležitosti není možný bez určitého utrpení a viny... Ale pouze nezaviněné utrpení dává sílu a moudrost trpícím. Úmyslné nebo neurotické utrpení žádný užitek nepřináší.“

### 3. POSELSTVÍ ŠAMANISMU: KDYŽ SE ŠÍLENSTVÍ STÁVÁ POŽEHNÁNÍM

*„Celé moje tělo se chvělo. Když jsem setrval v tomto stavu, celý jsem se třásl.*

*Vycházel ze mě jakýsi zpěv, a já ho nebyl schopen zastavit.*

*Zjevovaly se mi různé věci: obrovští ptáci, děsivá zvířata.*

*Viděl jsem je jenom já, nikdo jiný.*

*Takové vize se dostávají před tím, než se člověk stane šamanem;*

*přicházejí zcela samovolně.*

*Vycházejí z nás už hotové písně,*

*aniž jsme se jakkoliv přičinili o jejich složení.“*

*(Isaac Tens, indián kmene Gitskanů)*

Šamanismus je nejstarším světovým náboženstvím a také nejstarším léčitelským uměním lidstva. Každá zmínka o něm v nás evokuje svět „magie“, který je na hony vzdálen od všeobecně přijímaného „vědeckého paradigmatu“ postaveného na ověřených a prokázaných realitách. Úzdrava v širokém slova smyslu nicméně přináší do našich odborných kontextů pojem „spirituality“ a jeho fenomenologie je nejenom mimořádně zajímavá, ale s původním šamanismem také úzce spojená. Znamená: povznášející, vytříbený, nadpřirozený a zahrnuje aspekty života, které se netýkají materiální, ekonomické či politické dimenze světa. Představuje také „dech života, vzduch či pohyb“.

Když se odhodláme vstoupit do časoprostoru nové, rodící se a také „vědecké“ epistemologie, tak zjistíme, že s tradiční dichotomizací pojmů na ověřené, tedy „vědecké“, a neověřené, tedy „nevědecké“, dnes nevystačíme. Vždyť mezi základní paradigmatu nové, vědecké epistemologie patří, že:

- „Pravda“ je subjektivní, nemáme tedy žádné „jistoty“.
- Vesmír je jeden (monistický koncept), nikoliv dualistický.
- Ohniskem zkoumání je „multidimenzionální prostor“.
- Mysl a abstraktní myšlení jsou předmětem zkoumaného pole.

Takže, co je vlastně magie? Kde jsme „vědečtí“ a kde jsme už „magičtí“, když „pravda“ je subjektivní a my se nemůžeme opřít o prokazatelně objektivní a „vědecké“ dokazování toho, co



jednoznačně platí, a co nikoliv? Tím spíše, že se nedotýkáme matematiky či fyziky, ale hlubin utrpění lidské duše. To by vás asi zajímalo, stejně jako mě...

#### 4. FENOMENOLOGIE SMRTI A ZROZENÍ

Na cestu drogových experimentů lze nahlížet jako na hledání ve všech možných představitelných kontextech, od vývojových, dynamických, intrapsychických, osobnostních až po systémové a separační. Onemocnění závislosti pak můžeme vnímat jako ustrnutí v komunikačních stereotypch s nastolenou dynamickou homeostázou (zahrnujících pochopitelně i „patologické/nezdravé“ vzorce chování), která udržuje symptomatické chování. Nikoliv překvapivě symptomatické chování, které často nekončí prostou závislostí, ale hlubokou psychospirituální krizí osobnosti, vztahů, hodnot. Vlastní léčení pak představuje dlouhodobý proces, který je možné vnímat na dvou osách: na „taoistické“ ose každodenních krůčků, zkušeností, úspěchů či omylů, ze kterých se standardně požímané léčení a doléčování skládá (tedy na „cestě a její síle“), a také na ose zlomové, transformační, či „psychospirituální“, na které můžeme hledat a nacházet změny hlubšího řádu. V multidimenzionálním vesmíru samozřejmě tyto osy/reality/světy existují nikoliv v kontradikci, nýbrž vedle sebe či pospolu.

Psychospirituální krize a hluboké transformační prožitky se téměř vždy dotýkají klíčových fenoménů: smrti a narození/zrození. Na archetypálních úrovních tak vstupujeme do hlubinné „psýché“ s jejími symbolickými formami, „jinou“ (mýtickou) představivostí a jazykem vnitřních „jiných“ energií. Nezřídka se také pohybuje na okrajích (či za nimi...) změněných stavů vědomí, tedy stavů, které jsou našim závislým klientům často důvěrně známy, byť naprostá většina z nich je nemá ani interpretovány, ani konceptualizovány, ani internalizovány do tvořivé, užitečné podoby. Jsou často charakterizovány stavem „vysokého vzrušení“ (Roland Fischer) s typicky klesajícím zájmem o vnější realitu a upoutání pozornosti k intenzivnější realitě vnitřního života. Není náhodou, že typickým předmětem našeho zájmu v léčení závislých jsou právě reality vnějšího světa. Vnitřní svět vnímáme spíše jako klienta ohrožující a zrazující.

Opět se nabízí otázka, co tyto úvahy znamenají pro naši klinickou práci. Jak, kde a kdy máme hledat v léčebných kontextech, procesech a časech (a jestli je to vůbec naše odpovědnost) příležitost, okamžik, „momentum“ pro práci s hlubokou transformační krizí? A pokud se k tomu odvážíme, jaké máme terapeutické možnosti? B. Hellinger nabízí klinikům jako jedno z východisek pro takovou práci tzv. „metapocity“, tedy pocity, které neobsahují žádné emoce a představují čistou, koncentrovanou energii. Patří sem odvaha, pokora (ochota přijímat svět takový, jaký je), klid, upřímná lítost (klient je hluboce soustředěn sám v sobě a uvědomuje si, co je pro něho dobré), moudrost (je spojena s odvahou, pokorou a životní energií a pomáhá nám rozlišovat mezi tím, co je a co není důležité), hluboké uspokojení. Hellinger hovoří také o „metalásce“ a „metaagresi“. Koncept těchto pojmů je logicky odlišný od obsahu slov, jak je známe (láska, agrese).

Na cestách psychospirituálních krizí s našimi klienty nás také mohou provázet techniky a látky, které vedou do světů za hranicemi našeho vědomí. Hovořím o změněných a holotropních stavech vědomí vyvolaných např. při sezeních holotropního dýchání, anebo také použitím látek rozpouštějících hranice vnímání a vědomí. V současné době jsou experimentálně zkoušeny pro akutní zvládnání některých těžkých psychických poruch např. látky typu

ketaminu, nicméně použití psychedelik/psycholytik pro práci s těžkými formami závislosti není nic nového pod sluncem a je pravděpodobné, že se k těmto postupům/terapiím/strategiím/filozofiím v budoucnosti odborná veřejnost opět vrátí. Jistě ne jako k univerzálnímu řešení pro všechny klienty, ale u řady z nich to může být „záračné“ světlo na konci nekonečného a zdánlivě slepého tunelu.

## 5. ZÁVĚR: VÝZVY „NOVÉHO“ PARADIGMATU

Na prvopočátku mých úvah jsem předeslal, že nemám v úmyslu podrobit současné paradigma v oboru adiktologie ani strhující kritice, ani jej nemám za cíl nahradit jako dysfunkční či neúplné jiným. Přesto mám v úmyslu jej závěrem rozšířit, či přinejmenším parafrázovat. Vidím jej v následující hierarchii:

- Za svůj osud a životní štěstí jsme odpovědni. Máme právo trpět, či svůj život změnit.
- Máme schopnost se sami osvobodit z koloběhu utrpení, byť takovým utrpením je „chronické, celoživotní, recidivující onemocnění s progresivním vývojem a devastujícími účinky na lidskou psychiku, rodinu i mezilidské vztahy“.
- Trvalé a nepomíjivé štěstí lze hledat i nalézt (ve spojení s Bohem či sami se sebou nebo obojím). Takové štěstí může učinit závislého člověka opět svobodným. Je k tomu ovšem nezbytná změna „hlubšího řádu“.
- Pro změny „hlubšího řádu“ v našich terapeutických intervencích je nezbytné vytvořit experimentální prostor. Nicméně i tradiční a zavedené léčebné postupy nám dávají šanci se změnami „hlubšího řádu“ pracovat. Pracujme s nimi!

Trefně to vystihl při začátku cesty hledání nové kvality života jeden z klientů, když řekl:

„Dejte mi šanci se nadechnout.“

## Literatura

- Bohm, D. *Wholeness and the Implicate Order*. London: Routledge a Kegan Paul, 1980.
- Grof, S. *Spiritual Emergency. When Personal Transformation Becomes a Crisis*. Los Angeles: Tarcher (editor; s Ch. Grofovou), 1989.
- Grof, S. *The Adventure of Self-Discovery*. Albany: State University of New York Press, 1987. (Dobrodružství sebeobjevování. Praha: GEMMA89, 1992.)
- Hellinger, B. *Skrutá symetrie lásky*. PRAGMA, 2000.
- Chvála, V., Trapková, L. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Portál, s. r. o., Praha, 2008.
- Johnson B., Ruiz P., Galanter M. *Handbook of Clinical Alcoholism Treatment*. Lippincott Williams a Wilkins, 2003.
- Kalina, K. a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Grada Publishing, a. s. Příbram, 2015.
- Koukolík, F. *Lidský mozek*. Portál, s. r. o., Praha, 2000.
- Laing, R. D. *The Politics of Experience*. New York: Ballantine, 1967.
- Laing, R. D. *Metanoia: Some Experiences at Kingsley Hall*. In: *Going Crazy*, ed. N. Ruitenbeck. New York: Bantam, 1972.

*Lao-c'. Tao te t'Ing. O tajemství hlubším než hlubina sama. Dokořán, 2007.*

*László, E., Grof, S., Russell, P. Revoluce vědomí. Transatlantický dialog. Carpe Momentum Praha, 2013.*

*Wynn, L. Systems Consultation: A New Perspective for Family Therapy. Guilford Publications, 1986.*

## **MUDr. Pavel Bém**

*Působí jako psychiatr ve Středisku pro psychoterapii a rodinnou terapii Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.*

*Kontakt: [pavel.bem@gmail.com](mailto:pavel.bem@gmail.com)*



# *Příběh o úzdravě bez léčby aneb Opětné kontaktování (ex)uživatelů stimulancií*

Josef Krejčí

## *1. Úvod*

Kolikrát za život z něčích úst zazní: „Vyprávěj mi příběh!“ Byť by to na první dojem nemuselo být patrné, příběhy jsou nedílnou součástí lidského vývoje. Pro případnou ilustraci se není třeba příliš zamýšlet – může se jednat o všeobecně známé historické události (např. biblické příběhy) nebo se může jednat o příběhy „maličké“, jako je třeba smyšlená pohádka, kterou vypráví rodič dítěti před spaním. Důležitým faktem je, že člověk je obklopen příběhy a příběh mu umožňuje skrze vyprávění obeznámit někoho se sebou samým (Čermák, 2004).

V psychoterapeutickém okruhu se můžeme setkat s názorem, že životní příběh člověka sblíží různé terapeutické pohledy bez ohledu na jednotlivá teoretická východiska (Čermák, 2004). Podpoření tohoto tvrzení lze shledat v psychoanalytické praxi, kdy pozornost začíná být více věnována narativním aspektům psychoanalýzy a důležitou informací se stává, „jak“ je vyprávěn samotný příběh (viz Vavrda, 2005).

Další publikace čerpající z narativního „tónu“ mohou mít podobu např. ve vyprávění o zkušenosti onemocnění rakovinou prsu (Chrz, Čermák, Plachá, 2006), v zaznamenávání lidských příběhů neboli „žánrů“ (např. : Adler, 2004) nebo v „příbězích o nemoci“, jež je podkladem pro nový přístup tzv. narrative based medicine (viz Adámková, 2010). Adiktologie, respektive tematika lidí užívajících návykové látky, se z jistého úhlu pohledu může jevit jako neutuchající zdroj témat pro příběhy či vyprávění. Jedním z takových zdrojů mohou být příběhy lidí, kteří přestali s užíváním tvrdých drog bez využití odborných intervencí (viz Nepustil 2008, 2009).

Hlavním cílem tohoto příspěvku bude obeznámit čtenáře s dalšími takovými příběhy<sup>1</sup> a parciálními výsledky proběhlého výzkumu fokusovaného na projevy autorského postoje v příbězích u uživatelů stimulancií (Krejčí, 2014; Krejčí, Chrz, 2015). V závěru bude využito předběžných zjištění získaných v současnosti realizovaného sběru dat.

1 Pro účely tohoto příspěvku budu čerpat především z rozhovorů (rok 2012) s Jarmilem (32 let, SŠ, 5 let pervitin/3 roky kokain, bez iv aplikace), Kryštofem (30 let, ZŠ, 9 let pervitin, 3 roky intenzivně, několikrát i.v.) a Kamilou (24 let, VŠ, 4 roky pervitin, i.v.).

## 2. STRUČNÉ UVEDENÍ AUTORSKÉHO POSTOJE K ŽIVOTU

Ve výše citovaném výzkumu bylo k základnímu vydefinování autorského postoje jako centrální kategorie užito několika prací (např. : Frankl 1990, 1994; Epston, 1992; Deleuze, 2002; Langle, 2002; Chrz, 2010, 2011; McAdams, McLean, 2013). Prvním aspektem je „původnost“ jako něco „vycházející z jedince“, jeví se jako schopnosti zapříčinit změny ve svém životě. Druhým aspektem je „přijímání odpovědnosti“ jako něčeho, co jde od jedince k druhým, či jako něčeho, co zůstává na jedinci samotném, tj. odpovědnost za to, kdo, kým a čím člověk je. Třetím aspektem je „alternativa“. Analogie k tomuto pojmu může být spatřována v pojmech „denaturalizace“, „nereaktivnost“ či „nekonvenčnost“. Podstatou tedy je jakýsi „pohyb proti samozřejmosti“, v extrémnější podobě pak „být svůj“ až „být proti“.

Ještě lepšímu uchopení a vytvoření představy o tom, co je pojmem autorství zamýšleno, lze dopomoci vymezením se vůči pracím podobného výzkumného designu. Ve vyprávěních jedinců s depresivní poruchou lze zpozorovat „deficit autorství“ (viz Bartošková, 2012) či ve vyprávěních mladistvých delikventů nedostatek autorského postoje k vlastnímu životu (viz Onder, 2013). V kontrastu s těmito výzkumy se zde autorský postoj staví do pozice, kde dochází k jeho nabytí.

Je nasnadě položit si otázku, co všechno či co vlastně je skrze takto vyprávěné příběhy možné „čist“ a proč svojí povahou zůstávají stále otevřené.

## 3. AUTORSKÉ VYPRÁVĚNÍ: DVĚ STRANY KOMPLEXNOSTI A OTEVŘENOSTI

Za stěžejní bylo považováno, že se jedinec rozhodl pro změnu a byl ochoten se o tuto zkušenost podělit. Bylo tedy například odstoupeno od dodatečného pokusu o stanovení syndromu závislosti, ale také rozvolnění časového kritéria od posledního užití, jelikož se k občasným „úletům“ respondenti doznali až během rozhovoru samotného, tj. mělo pro ně nějaký význam tuto informaci sdělit. Pozornost se tedy ubírá k přítomnosti a budoucnosti respondentů. Jedinci skrze příběhy nabízejí svoje pohledy a úvahy o budoucím směřování.

### 3. 1. DROGA JAKO CESTA K UZAVŘENÍ PŘÍBĚHU?

Jedním ze základních předpokladů narativního přístupu je chápání narativní konstrukce jako principu strukturace zkušenosti, tj. život skrze tuto organizaci dostává tvar, řád, souvislost, směřování či smysl (Chrz, 2007). Na zkoumané skutečnosti nahlížíme skrze určité „metafory“ (Chrz, 2007; Chrz, Čermák, 2011). V tomto případě se jedná o metaforu narativní, jejímž vzorem je „dobrý příběh“. Ke konci vyprávění došlo k naplnění jistého cíle – jednoduše shrnutého jako zbavení se užívání tvrdých drog a jistá forma ponaučení. Ovšem při dotázání se na to, jak dále vidí svoji budoucnost, je kromě „šťastné představy“ zachycena i její pesimistická paralela. Dochází k uvažování nad nepředvídatelností, nahodilostí, či dokonce vlastním vědomém rozhodnutí se k užívání drog vrátit.

**Kryštof:** *Jednou za měsíc, dejme tomu. Víš co, že to vezmu jakoby, zase jako zapřemejšlim nad sebou.*

≈

**Kamila:** *Po tý škole jsem se vrátila, seš starší a už vidíš věci jinak, a tak já říkám, nikdy neříkej nikdy. Nebudu říkat, že si to nikdy nedám, ale doufám, že ne.*

≈

**Jarmil...***ale že by ses úplně zbavil toho, že se ti někdy jako nevyhrabe z jedný tý buněčky nebo prostě toho neuronu nějakýho, tak že by tam nevyběhla nějaká „tak co si dát jen tak jako čáru, jo?“ z legrace. To už nejsem naivní.*

Těmito příklady nabírá „dobrý příběh“ trhliny, dá se tak považovat za „příběh bez jasného konce“ a otevírá prostor pro polemiku nad drogou jako prvkem zasazujícím se o komplexnost příběhu (viz Chrz, Čermák, 2015). Pokusím se, tuto polemiku rozvinout a ilustrovat na příběhu Jarmila.

### 3. 1. 1. JARMIL: „Víš, že tohle okolo ti je málo“

Jarmil se narodil v květnu roku 1980 ve městě, které má necelých 20 tisíc obyvatel. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Povahově se označuje za člověka, který jde z extrému do extrému a kterému dělá problém být v klidové rovině žití. V době našeho setkání byl majitelem a spoluzakladatelem firmy technického zaměření, žije v lukrativnější části hlavního města Prahy.

Za pomoci všech možných poznatků (mailová komunikace, telefonáty, rozhovor, časová osa, sdělení od zprostředkovatele kontaktu, vlastní poznámky) se pokusím alespoň o rámcové zmapování příběhu dle (vybraných) sousledných biografických událostí (Formánková, 2015). Následně se prostřednictvím kategorie „sebeobrazu“ (Daněčková, 2004; Chrz, 2007) pokusím o rozklíčování konfliktu „jak naložit s budoucností“.

Časové období	Stručný popis
1980	Narozen do „obyčejné“ a „akurátnické“ rodiny. Označuje se za „šťastné dítě“.
1993 – 1995 „Rodina“	Zájem o knihy s existenciální tematikou, ptaní se po smyslu života. <b>Jarmil:</b> <i>To poznám u nás v rodině, že brácha je fakt ten typ člověka, že je zadrženejší, že prostě k věcem, který apriori v tý společnosti jsou kategorizovaný jako zakázaný, tak od nich si drží odstup / ale pak jsou typy lidí jako já, který to přitahuje.</i>
1995: „Musím“	Nástup na střední školu, bydlení na internátě, první výraznější setkání s alkoholem či marihuanou. <b>Jarmil:</b> <i>U mě ta cesta už byla fakt od brzký puberty úplně přímočará – prostě jo, to musím zažít, to musím prostě zkusit / nebylo nějaký, že by mi to někdo vnutil nebo že by to byla náhoda, tam to bylo naprosto cílený.</i>
1995 – 1999: „Fascinován“	Ztráta dohledu rodičů, možnost žít si trochu po svém, opíjení se. Fascinace spolužákem, který užívá tvrdé drogy, avšak on sám je zatím neokusil. <b>Jarmil:</b> <i>Prostě něčím se vyznačoval, že byl prostě odlišnej. A bylo to samozřejmě zapříčiněný tím, že on byl takovej / prostě dost bral drogy / táhla se za ním taková ta aura toho jinýho světa nebo takovýho toho nějakýho tajuplnýho.</i>

Časové období	Stručný popis
2000 – 2005 „Egoman“	Jeden velký večírek, ne zcela úspěšné pokusy o abstinenci. <b>Jarmil:</b> <i>Perník ti dává pocit nějaký síly, nadřazenosti. Ego ti to hrozně prostě jako hodně zvedne. Á jsem trochu takovej jakoby egoman.</i>
2005	První hospitalizace v psychiatrické nemocnici – „probudila se psychóza“ v době, kdy měl za sebou několik měsíců neužívání. Postupně zvedání se. <b>Jarmil:</b> <i>Já jsem byl úplně ve sračkách, že jo. / A já jsem se z toho prostě nějak vyhrabal.</i>
2006 – 2008 „Nezломný“	Čím dál více intenzivně užívá tvrdé drogy, tzv. „krmí ego“. Zažívá pocity neskutečného štěstí. Vyhledává různé víry a ideologie. <b>Jarmil:</b> <i>To jsem byl strašně bohatej, měl jsem přítelkyni a byl jsem fakt jakoby nezlomnej. Já jsem normálně už jakoby začal se nějak modlit nebo vyhledávat nějaký prostě víry a tyhle ty věci, protože jsem myslel, že prožívám něco co jako, co jako není možný, jo, takže to jsem byl jakoby strašně nahoře.</i>
2008 „Fakt zmrď“	Druhá hospitalizace v psychiatrické nemocnici – „až moc drog“. Nejtvrdší z pádů. Zklamání rodiny, infarkt otce. Opět se postupně začíná zvedat. <b>Jarmil:</b> <i>mi doktoři říkali, že budu rád, když si utru prdel / ten matrix úplně popadanej a totálně v hovnech / hlavně z tvojí rodiny – tam ses cejtil jako největší fakt zmrď. Tam si fakt všem ublížil, všechny si zklamal.</i>
2009 „Taťka“	Zakládá firmu, uvažuje o tom jako o „být otcem“, má za sebou lidi, kteří mu věří. <b>Jarmil:</b> <i>bych to přirovnal k tomu, když se z tebe stane taťka.</i>
2011	Třetí hospitalizace v psychiatrické nemocnici na vlastní popud. Sám zachycuje vycitěný nepříznivý progres duševního stavu.
2012, duben „Vzornej“	Poskytuje mi (po předchozím domlouvání) rozhovor, který trvá něco přes 2 hodiny. V závěru zmiňuje, že v současné době na „smysl života sere“. Do této doby 5x extáze, 3x kokain, alkohol a marihuana stále. <b>Jarmil:</b> <i>Zase já jsem byl dokonale třeba vzornej ve smyslu, že třeba každý ráno jsem vstal, šel jsem běhat, plavat. Jedl jsem dělenou stravu. / Vedle toho nějaký aktivity typu učít se cizí jazyky prostě a dělat třeba i tu charitu.</i>
2012, červen	Děkuje za čas, který jsem mu věnoval. Přemýšlím nad možným „nechtěným terapeutickým“ působením, které by mohl příběh/vyprávění sám o sobě vyvolávat.
2013	Plánuje stěhování do zahraničí.
2014, duben	Pišu mu ohledně sdělení výsledků výzkumu, chci zjistit jeho názor a provést „validizaci“ respondentem. Odpovídá mi, že je velmi zaneprázdněn.
2014	Po několikáté snaze o setkání komunikace upadá a nedaří se navázat.
2015, březen	Opět snaha o navázání komunikace, bez odpovědi. Lidé, kteří mi zprostředkovali kontakt, také nedokáží říct, kde by se mohl vyskytovat.

Zajímavý prostor pro úvahu poskytla i časová osa, kterou Jarmil v rámci rozhovoru kreslil a která sloužila k zachycení prožitku, kdy metamfetamin užíval. Zde Jarmil při kreslení vzestupných čar zaznamenával jak intenzitu užívání, tak zároveň s tím i životní štěstí. Jednalo se tedy o to, že namísto zachycení „velikosti závislosti“ manifestoval i dobu, kdy se mu dařilo v práci, ve vztahu, tj. šel-li společensky „nahoru“, nějakým způsobem se přidružovalo i užívání tvrdých drog.



Droga zde tedy daleko více nežli „kompenzační nástroj“ či způsob „protestu“ působí jako doplněk, jako něco, co ho činí „nezlomným“. Druhá strana této nezlomnosti (pády na dno) se Jarmilovi však nevyhnula a měla zcela diametrální podobu – ztratil práci, přítelkyni, peníze, životní standard (atp.). Přesto se v rozhovoru při otázce „jak vidí svoji budoucnost“ zdráhal poskytnout jednoznačnou odpověď a sebereflexivně referoval o tom, že cestu k užívání drog si zcela zavřít nechce.

**Jarmil:** *Jak říkám, pravda je v tom, já si myslím, že nezměníš svět, to asi ne, ale sebe do jisté míry prostě změnit můžeš / problém je, že ty racionální faktory jsou hrozně jednoduchý. Je ti prostě jasný, že když ráno vstaneš, půjdeš do práce, tak se budeš mít dobře / víš, takový ty přízemní věci, ale ono se z toho radovat [lusknuti] to není jen tak, protože máme v hlavě tu kosmickou rejhu / pak si vychutnat to, že se ráno můžeš probudit, dát si snídani, jít zaplavat, jít do práce, tak to je hrozně přízemní, to je málo, že jo / jako první věc, co se může stát, že budu takovej ten, kdo do toho bude ještě deset let nějak mydlit / což teda jako popravdě má svým způsobem taky nějaký kouzlo.*

Sebeobrazy jsou pojímány jako „vnitřní hlasy“, které se podílejí na internalizovaném dialogu (Daněčková, 2004). Jednotlivé hlasy pak umožňují pochopení jednotlivých částí identity. V případě Jarmila např. ten, který je „fascinován drogami“; „fakt zmrď“; „egoman“, ale také „taťka“; „vzorný“; který se „vyhrabal ven“. Být „autorem“ svého života neznamená „dělat si, co chci“, ale spíš „jsem autor, a nesu tím jistou odpovědnost“. Ve vyprávění je zachyceno, jak i přes veškeré „pády na dno“ může droga stále přispívat k nejasným budoucím preferencím. Skrze sebeobrazy je nejasnost prezentována jako spor mezi hlasem „nabubřelého egocentrika“ a hlasem „odpovědného autora“. Tak, jak je vyprávění situováno, se zdá, že „pro-drogový“ sebeobraz výrazně utváří jeden z možných scénářů následujícího života a plní roli „pojidla“ – tedy toho, jak utvořit „dobrý příběh“.

### **3. 2. ZAMYŠLENÍ NAD „POZITIVNÍMI“ ASPEKTY**

I přes reflektování neblahých dopadů užívání drog nejsou jedinci přílišně zahlceni výčitkami či je ve svém vyprávění upozadují. Při reflektování, zda by tuto epizodu života vzali zpět nebo ji nějak změnili, se mi dostalo těchto odpovědí:

**Jonás:** *Já tady tý zkušenosti jako nelituju, vím, že zbabrala pár věcí, ale nelituju toho / poznal jsem pár dobrých lidí, pár dobrých situací, takže bych neměnil. Nechal bych to takhle.*

≈

**Karel:** *Prostě bylo to tak, ničeho nelituju, co jsem v životě udělal nebo, nebo dělal, ale vím, že to nebylo správně třeba, dejme tomu.*

≈

**Jarmil:** *Že všechno má rub a líc... mince má taky dvě strany... to asi nevymyslíš no... takže ne, neměnil bych.*

≈

**Kamila:** *Já jsem si vždycky říkala, že to, že kdybych věděla, jak dopadnu, tak to udělám všechno úplně jinak, ale ne. Teď jsem rozhodla, že ne. Jsem ráda, že jsem si prošla tím, čím jsem si prošla. Jsem proto takovej člověk, jakej jsem, a asi bych neměnila.*

≈

**Jaroslav:** *Každopádně nějak toho nelituju, nějak extémně. Jediný čeho lituju, že mám takový okno, že si spoustu věcí nepamatuju.*

≈

**Kryštof:** *Já říkám teda dneska, že ničeho nelituju z toho, co se stalo, i přes to všechno, protože jsem se přes to všechno jakoby přenesl. Dostal jsem se jakoby z toho nejhoršího.*

Slovo pozitivní slýcháme v posledních letech stále častěji – pozitivní myšlení, pozitivní psychologie nebo pozitivní aspekty deprese (Preiss, Mikoláš, Bartošková, 2014; Preiss, 2015). O plusech „amfetaminového typu“ je v Urbanově publikaci (1973) pojednáno hned v jeho úvodní charakteristice. Jakoby netečně a případně k další interpretaci je poskytnutý výrok: „člověk se potřebuje učit, ale chce se mu spát – látky označované jako stimulancia mu vycházejí vstříc“ (Urban, 1973, s. 123). Nemělo by zůstat opomenuto, že (v tomto výzkumu) budivé drogy jedincům něco „doopravdy“ přinesly, umožnily jim disponovat nějakým benefitem. Uvažování nad „závislostí“ a problémy s ní spojenými se může zdát až na druhém místě. Celé období je z nějakého důvodu ukotveno v pozitivním světle jako „dobrá zkušenost“. Patrná je i jistá „vděčnost“, kdy je uváděno, že jim pomohla do dalšího života, dovedla je k uvědomění toho, co by chtěli v životě dělat, a že je tahle zkušenost (doslova) „utvořila“.

To mě přivádí k další (spíše spirituální) úvaze a využití myšlenek filozofa a psychologa Williama Jamese. Ten v jedné ze svých knih (1930) mluví o mysticismu. Za jednu z jeho částí je považováno i „vědomí vzbuzené otravou a omámením“. Toto intoxikované vědomí je svojí částí považováno za vědomí mystické. James za mystické stavy považuje ty, které naplňují čtyři kritéria, z nichž dvě považuje za hlavní. Je jimi „nevýslovnost“ a „noetická jakost“. Jejich naplněním dochází k nesdílnosti zkušenosti, obratu od rozumu k „citům“ a zároveň i stavu poznání a „mocného“ vlivu na budoucnost.

Poměrně věrně tato konstatování odráží povahu vyprávění respondentů – „nepochopíš, pokud to neprožiješ“. Respondentům při žádosti, aby mi odvyprávěli nějaké krátké story z doby, kdy užívali, nějakým způsobem „došla“ slova a těžko si vybavovali něco konkrétního. Pokud jedinec nemá pro daný úsek života slov, neznamená to ale, že dané období neexistuje či stále po letech neovlivňuje jeho usuzování. Tedy „kosmická rýha“ nebo „černá tečka“, o které respondenti mluví a uvádí, že ji mají stále v mysli, je dost možná část jejich „mystična“ tvořící pocity s hlubokým smyslem, které jsou svojí „pravdou“ neotřesitelné či stále koexistující vedle dalších forem vědomí (viz James, 1930).

Ať se ve své opravdovosti za tímto „vrypem“ skrývá cokoliv, není od věci položit si otázku, zda a do jaké míry je „to“ stále aktuální.

#### 4. DIALOGICKÝ ZÁVĚR

Vzhledem k četnosti otázek a otevřené povaze příběhů bylo zvažováno, nakolik by bylo vhodné jednotlivé respondenty opětovně kontaktovat se žádostí o další rozhovor, a dobrat se tak informací o jejich současné situaci. K ilustraci využiji jakousi dialogickou konfrontaci mezi „hlasy“ Kryštofa a Kamila z roku 2012 a 2015.

Konfrontace	Kryštof	Kamila
Rozhodnutí vs. Proč ne?	<b>2012:</b> Řekl jsem, že už prostě je konec. <b>2015:</b> Vracel jsem se k drogám, protože jsem chtěl vypadnout z té reality, protože realita byla hnusná.	<b>2012:</b> Prostě jsem začala poznávat, že můžeš bejt šťastnej i bez drog. <b>2015:</b> Tak si říkám proč ne? Proč zase neutěct z té reality. No a stalo se. Šli jsme pro to a sjeli jsme se.
Chťič vs. Koččování	<b>2012:</b> Když to tak vezmem, všudy všeho jsem přestal na čtyři měsíce, jinak v tom jedu až do teďka. <b>2015:</b> To víme všichni, že nepůjdeš nahoru, ale otázka je spíš, jak to ukoččruješ.	<b>2012:</b> Někdo říká jen tak, že přestane. Musíš bejt prostě fakt rozhodlej. <b>2015:</b> Neříkám, že chutě nejsou, asi záleží, jak to dokážeš ukoččrovat.
Cílení vs. Jinakost	<b>2012:</b> Stanovoval jsem si cíle pod vlivem, což je zajímavý. <b>2015:</b> Skutečnost podle mýho je taková, že na drogách se dá žít úplně v pohodě život, v klídku.	<b>2012:</b> Tak jsem si řekla, že tohle je prostě šance, jak se toho zbavit. <b>2015:</b> Jsem prostě chtěla, chtěla jsem s tím něco udělat, nechtěla jsem to nechat.
Posun vs. Vryp	<b>2012:</b> Od třiadvaceti, tak od té doby se posouvám takhle pomalu. <b>2015:</b> Perník se dostane do tvý povahy tolik, že prostě to začne bejt součástí tebe samotnýho.	<b>2012:</b> Dodělala jsem školu, úspěšně / teď pracuju jako sociální pracovnice. <b>2015:</b> Budeš chťit, tak prostě fetákem se můžeš stát úplně lehce.
Budoucnost vs. Teď	<b>2012:</b> Můžu s klidem říct, že prostě tak to nejde, na drogách prostě nejde žít. <b>2015:</b> Kde bych neměl přístup k drogám, tak je ze mě troska, vůbec neřeším, jestli mám co zrát.	<b>2012:</b> Nikdy neříkej nikdy, nebudu říkat, že si to nikdy nedám, ale doufám, že ne. <b>2015:</b> Vždycky je ta možnost se vrátit / je úplně minimální, ale vždycky je.

Tato ilustrace i přes svoji strohost obsahuje konfrontaci, reflexi či jakési intencionální „pátrání“ po tom, proč tomu tak je, a není tomu tak, jak mi bylo sděleno před lety. Do nového započetí sběru dat se uvedené příběhy daly „žánrově“ pojmenovat jako „heroické“. Jedinci se ze spárů drogového světa vracejí zpět, snaží se nalézt (a také nalézají) uplatnění v okolním světě. V obou příbězích se droga jeví jako něco jistého a jednoduchého, ale také „silného“ či „hlubinného“. Bortí se tak představa dobrého příběhu jako příběhu bez drog a s nepřetržitou abstinencí?

Nelze opomenout fakt, že to, co dělá příběh příběhem, je zápletka, obtíž – „trabl“. Pokud budu čerpat ze svých osobních dojmů z rozhovoru, u Kamily jsem měl dojem, že si v podstatě nemáme co říct, že je u ní vše stejné. U Kryštofa jsem naopak měl dojem něčeho nového, zajímavého – „hybného“. V obou případech je ale pozoruhodné, že „očekávaná“ finalita příběhu se nedostavila a droga, přes k okolí prezentovanou zdrženlivost, zůstává „možností“. Zdá se tak, že minimálně v tomto příspěvku uvedené příběhy zůstanou nadále otevřené či „nekonečné“.

## Literatura

- Adámková, T. (2010). *Styronova viditelná temnota – příběh nemoci*. In Miovský, M., Čermák, I., Chrz, V. (2010). *Umění ve vědě a věda v umění*. Praha: Grada s. 157–169.
- Adler, M. (2004) *Žánr klientova příběhu v psychoterapii*. *Československá psychologie*, 48 (1) s. 84–92.
- Bartošková, M. (2012). *Deprese jako únik před tíží života*. Diplomová práce. Praha: PedF, UK.
- Čermák, I. (2004). *Narativní terapie: mnohohlasý chór*. In: M. Miovský, I. Čermák, V., Řehan (eds.): *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. Olomouc, UPOL s. 33–47.
- Daněčková, T. (2004). *Životní příběh a osobní identita na prahu dospělosti*. In: M. Miovský, I. Čermák, V., Řehan (eds.): *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. Olomouc, UPOL s. 177–183.
- Deleuze, G. (1983). *Nietzsche and philosophy*. Columbia university press.
- Epston D. a kol. (1992). *A proposal for re-authoring therapy*. In McNamee S., Gergen, K. (Eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Frankl, V. E. (1990). *Dynamika a hodnoty*. *Československá psychologie*, 34 (6) s. 542–547.
- Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Formánková, L. (2015). *Biograficko-narativní přístup ke sběru a analýze dat*. Přednáška na konferenci *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*, Olomouc, 2. – 3. 2. 2015.
- Chrz, V., Čermák, I., Plachá, V. (2006). *Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup*. *Československá psychologie*, 50 (6) s. 507–521.
- Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: PsÚ AV.
- Chrz, V. (2010). *Pojem autorství v kontextu výzkumu dialogického jednání*. In *Autor – autorství*. Praha: AMU, s. 13–21.
- Chrz, V. (2011). *Hledání autorství skrze dialog s vnitřním partnerem*. *Psychoterapie: praxe – inspirace – konfrontace*, 5 (2) s. 80–91.
- Chrz, V., Čermák, I. (2011). *Interpretace v narativním přístupu*. *Teorie vědy*, 33 (3) s. 415–443.
- Chrz, V., Čermák, I. (2015). *Narativní komplexita*. *Československá psychologie*, 59 (1) s. 1–16.
- James, W. (1930). *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha: Melantrich.
- Krejčí, J. (2014). *Autorství jako účinný faktor u uživatelů pervitinu*. *Bakalářská práce*. Praha: PedF, UK.
- Krejčí, J., Chrz, V. (2015). *Příběhy bez jasného konce: Autorský postoj ve vyprávěních o užívání metamfetaminu*. In Maierová, E., Dolejš, M., Neusar, A. (2015). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XIV. – „Jak to děláme“*, *Bulletin abstraktů*. Olomouc: UPOL.
- Langle, A. (2002). *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- McAdams, D. P., McLean, K. C. (2013). *Narrative identity*. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (3) s. 233–238.
- Nepustil, P. (2008). *Strategie pro ukončení užívání pervitinu bez odborné pomoci: Závěrečná zpráva z výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce, o. s.
- Nepustil, P. (2009). *Jde to i bez léčby*. *Adiktologie*, 9 (Suppl.) s. 16–24.
- Onder, J. (2013). *Konstrukce intencionality u dospívajících delikventů*. In Neusar, A., Vavrysová, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII. Sborník příspěvků*. Olomouc: UPOL s. 263–279.

- Preiss, M., Mikoláš, P., Bartošková, M. (2014). Pozitivní význam deprese. *Psychoterapie: praxe – inspirace – konfrontace* 8 (2) s. 161–168.
- Preiss, M. (2015). Pozitivní aspekty deprese. In Gillernová, I., Bahbouh, R. (Eds.). (2015). *Moc emocí – psychologie emocí a citů každodenní lidské zkušenosti. Sborník příspěvků. Praha: Tribun EU.*
- Urban, E. (1973). *Toxikománie. Praha: Avicenum.*
- Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.*

## **Bc. Josef Krejčí**

Vystudoval psychologii a speciální pedagogiku (PedF UK v Praze).

V současnosti je studentem magisterského oboru adiktologie (1. LF UK a VFN v Praze) a působí v *Progressive*, o. p. s.

Kontakt: [krejci.jo@email.cz](mailto:krejci.jo@email.cz)



# Úzdrava bez léčby, léčba bez úzdravy – je to možné?

Josef Radimecký

## ABSTRAKT

*Ve svém příspěvku se nechci věnovat přirozenému či spontánnímu uzdravení ze závislosti, které je v odborné literatuře dostatečně popsáno a bude o něm referovat Dr. Nepustil. Spíše se zamýšlím nad pojmy závislost, úzdrava a léčba a tím, jak jsou různě definovány a uplatňovány v současné české klinické praxi v některých existujících typech léčby osob s různými typy závislostmi. V příspěvku si proto kladu otázky typu: Co je (a ne kdy je) závislost a jaké jsou její znaky? Je závislost nemoc, nebo naučené chování? Co je úzdrava a co k ní přispívá? Jak dnes léčíme lidi se závislostmi? Na tyto otázky se pokouším i nabídnout odpovědi, které stavím do kontextu teorie osobnostního růstu a procesu dozrávání klientů v programech léčby osob se závislostmi.*

## NENÍ ZÁVISLOST JAKO ZÁVISLOST

Existuje celá řada definicí závislosti, z nichž patrně nejčastěji citovaná je ta, která je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-10):

*„Závislost je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritá v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“*

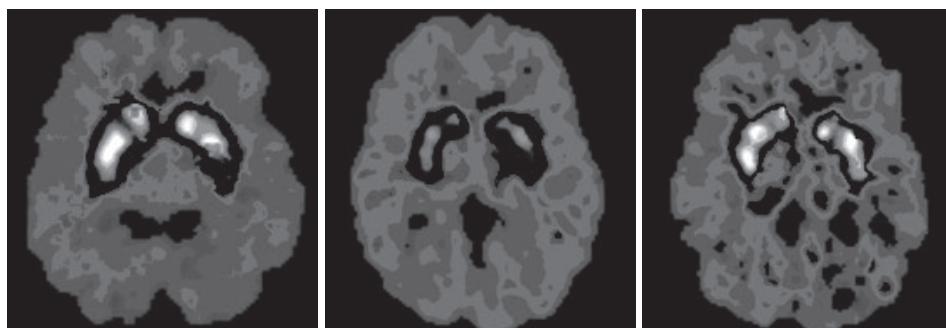
Její hlavní slabinou je podle mého názoru skutečnost, že neříká, CO je závislost, ale spíše KDY lze závislost u člověka diagnostikovat. Výše uvedená definice závislosti tedy nevysvětluje, proč se lidé se závislostmi chovají tak, jak se chovají (viz vzorce chování, při souběhu několika z nichž po dobu nejméně 12 měsíců může lékař diagnózu závislosti člověku stanovit). Vysvětlení příčin chování osob se závislostmi nechává definice na každém z nás. A každý z nás jsme patrně ovlivněni jinými předsudky a stereotypy, ale ten většinově převládající ve vztahu ke skupině osob se závislostmi – „můžou si za to sami“ – zřejmě známe, a jak se pokusím ilustrovat v další části textu, jsou jím v přístupu ke klientům se závislostmi ovlivněni i někteří pracovníci v oboru adiktologie.

Poměrně nedávno, v r. 2011, nabídla adiktologické obci novou definicí závislosti Americká společnost závislostní medicíny (ASAM, 2012):

„Závislost je primární, chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí se v cyklu závislosti vyskytují relapsy a remise. Bez léčby nebo zapojení do uzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt.“

Podle ASAM (2012) a stejně podle kolektivu vědců vedených Volkowem (2001), kteří zkoumali mozek s využitím magnetické rezonance, tedy dochází v důsledku užívání návykových látek k poškození mozku. Konkrétněji k poškození dopaminových neurotransmiterů, pro jejichž obnovu je nezbytná abstinence od užívání návykových látek. Jaký je rozdíl mezi obrazem mozku člověka, který návykové látky neužívá, člověka po 1 měsíci a po 2 letech abstinence od užívání metamfetaminů, ilustruje obrázek níže:

Obr. 1 – Částečná obnova dopaminových transmiterů u závislého uživatele pervitinu po trvalé abstinenci



Neuživatel drog

Uživatel pervitinu  
po 1 měsíci abstinence

Uživatel pervitinu  
po 24 měsících abstinence

Zdroj: Volkow, N. D., et al., *Journal of Neuroscience* 21, 9414-9418, 2001.

Výše uvedená definice závislosti ASAM a vědecké důkazy předložené vědci v čele s Volkowem znamenají oproti definici závislosti v MKN-10 krok vpřed – nejméně ve dvou ohledech. 1) poskytují nám vysvětlení, CO je závislost nebo ČÍM je způsobena, nikoli pouze kdy o ní můžeme v rámci diagnostiky uvažovat. 2) nabízí vysvětlení, proč se i u osob se závislostmi, které nastoupily do některého z programů léčby, můžeme setkávat s následujícími charakteristickými projevy v jejich chování<sup>1</sup>:

1 Volně podle: Gerra, G. (2009) Drug Demand Reduction: New Challenges and Perspectives, UNODC, Vídeň.



- kompulzivní chování (např. ve vztahu k užívání návykové látky přes nepříznivé důsledky takového jednání),
- oslabená sebekontrola (ta se může projevovat v pokračujícím rizikovém chování, např. v podobě porušování režimu a pravidel léčby),
- snížené vnímání odměn (a z něho plynoucí potřeba pacienty/klienty v léčbě více oceňovat a chválit),
- zhoršené emoční vnímání a komunikace (může se v léčbě projevovat v nepřiměřeném reagování pacientů/klientů na podněty nedostatkem dovedností zdravě komunikovat),
- neschopnost a/nebo snížená schopnost zvládat stres (lze ji v léčbě vystopovat ve snaze vypořádat se s ním „útekem“ z reality a/nebo z léčby),
- sociální izolace a nízké sebehodnocení (z nich může mj. plynout i touha pacientů/klientů najít si v léčbě partnerský vztah, do kterého by „venku“ nešli, a/nebo pochybovat o sobě, že proces léčby zvládnou – proto někdy, zejména v počátečních fázích léčby, porušují – ač patrně nevědomě – režimová pravidla, aby byli z léčby vyloučeni),
- depresivní sklony, náládovost a úzkostné stavy (u některých pacientů/klientů, kteří se s těmito stavy hůře vyrovnávají, mají lékaři tendenci volit symptomatickou léčbu a uvedené symptomy potlačovat medikací).

## **PŘÍRODA UZDRAVUJE, LÉKAŘ LÉČÍ**

*Natura sanat, medicus curat* je aforismus, který se traduje z období antické hippokratovské medicíny. V kontextu diskuse o údržavě ze závislosti nám nabízí provokativní otázku: „Pomáháme našim pacientům/klientům se uzdravovat, nebo je jen léčíme?“ Nalézt odpověď na tuto otázku není jednoduché a jistě se bude lišit od jednoho programu léčby osob se závislostmi k druhému, stejně jako u jejich jednotlivých pracovníků. Přesto lze stále u některých pacientů/klientů se závislostmi, s nimiž se ve své praxi vedoucího terapeutické komunity setkávám, vystopovat příběhy a okolnosti, které svědčí o tom, že spíše jenom léčíme, a nepomáháme uzdravovat se.

V úvahách o tom, co je léčba a kdo může osoby se závislostmi v České republice léčit, či dokonce uzdravovat, narážíme na neprostupné mantinely resortismu. Mám na mysli – v našem oboru – dlouholeté „škattulkování“, co je a co není léčba, respektive sociální práce s klienty. Ale spor o tom, kdo nebo co je v léčbě osob se závislostmi nejpodstatnější, se vede i mezi představiteli různých profesí, které se v oboru závislosti u nás pohybují. Pro ilustraci lze uvést nedávnou diskusi nad návrhem Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb z dílny Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Její autoři, kteří se netajili úsilím o to, aby byla koncepce přijatelná pro MZ ČR a pro zdravotní pojišťovny, tvrdí, že v léčbě osob se závislostmi je nejpodstatnější medicínská složka léčby.

S tím rozhodně nesouhlasím, stejně jako jsem v minulosti oponoval zpracovateli návrhu standardů substituční léčby, který rovněž tvrdil, že v této modalitě je nejdůležitější medicínská složka. Pokud by tomu tak bylo, nešlo by o léčbu kauzální (tj. zaměřenou na příčiny závislosti), ale spíše o léčbu podpůrnou (pomáhající pacientovi pouze snášet obtíže), případně symptomatickou (pomáhající mírnit nepříznivé symptomy závislosti). Ale pro tyto typy služeb používáme v oboru prevence a léčby závislostí spíše pojem mírnění rizik či harm reduction.

Podle mého názoru v debatě o tom, co je v léčbě osob se závislostmi nejpodstatnější, zda například zdravotní péče, či sociální práce, nezáleží na profesionálech pracujících ve službách, ale individuálně na každém klientovi (viz též párování potřeb). Ale SNN ČLS JEP k tomu ve svém návrhu koncepce adiktologických služeb přistoupila tak, že nejpodstatnější je to, co je přijatelné pro zdravotní pojišťovny. Pokud však přistoupíme na tlak zdravotních pojišťoven a farmaceutických firem, z léčby zbyde především farmakoterapie. A co potom s oblíbenými zaklínadly evidence-based komplexního či celostního přístupu? Co s bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti? Co vlastně chceme – pomáhat uzdravovat naše pacienty/klienty, nebo je „jenom“ léčit?

Jak lze psychoterapeuticky pracovat s klientem se závislostí, který je psychiatrem kvůli standardním symptomům spojeným se závislostmi – depresivní či úzkostné stavy, výkyvy nálad, nedostatek motivace k práci na sobě apod. – medikován a v důsledku „zmaštěn“ stejně, jako byl po dobu, kdy užíval drogy? Navíc ani zmiňovaný výzkum Volkowa a spol. (2001) nenabízí odpověď na to, zda přirozené údravě mozku poškozeného užíváním návykových látek, pro niž je podmínkou abstinence, právě podávání psychiatrických léků nebrání.

## NIC NOVÉHO POD SLUNCEM

Patrně si se mnou řeknete, nic nového pod sluncem. Opravdu. Spor o to, zda je závislost nemoc, nebo spíše chování naučené podmiňováním, se v odborné obci vede již déle než sto let (viz Radimecký, 2007). A z těchto dilemat se odvíjí i otázka, zda není podávání psychiatrických léků, které mírní symptomy odnětí užívané návykové látky, právě oním „lěčením“, které však brání celkové údravě osob se závislostmi. Z medicínského hlediska však nelze nezdravotnické intervence typu sociálního učení či přeučování zafixovaných vzorců chování ve skupině klientů považovat za léčbu i přes to, že zkušenosti například terapeutických komunit naznačují, že jsou pro údravu klientů podstatnější než farmakoterapie. To mě vedlo k otázce, jež je v názvu tohoto příspěvku: údrava bez léčby, léčba bez údravy – je to možné? Odpověď na ni ponechám na čtenáři.

Hlavní charakteristiky výše uvedených paradigmat závislostí uvádí ve velmi stručném přehledu následující tabulka:

Tab. 1 – Srovnání hlavních znaků paradigmat závislosti jako nemoci a závislosti jako naučeného chování

<b>Závislost jako nemoc</b>	<b>Závislost jako naučené chování</b>
Primární jsou biologické faktory	Učení podmiňováním, významnou roli hrají sociální vztahy a vliv prostředí

Nelze ji vyléčit – jediným východiskem je doživotní abstinence od všech NL – méně přijatelná perspektiva pro UNL	Lze přeučit ve smyslu kontrolovaného užívání (ne pro všechny UNL) – pro UNL atraktivnější perspektiva
Experti na léčbu jsou zdravotníci	Experti jsou uživatelé návykových látek s pomocí multidisciplinárního týmu
Nemocní jsou považováni za bezmocné (bez lékařské pomoci svoji situaci nemohou změnit)	Partnerský přístup k UNL
Je pro společnost přijatelnější („omluva“ UNL nemocí)	Pro společnost méně přijatelné paradigma (nenabízí „omluvu“ pro UNL a jejich rodiny jako paradigma závislosti jako nemocí)

*Pozn. – UNL – uživatelé návykových látek*

Jak je vidět, oba koncepty mají své výhody a nevýhody, a proto mají oba své zastánce a odpůrce. Například i doc. Skála (1973) vnímal alkoholismus jako naučené chování kvůli schopnosti alkoholu změnit u osob se závislostmi stavy tenze, úzkosti a frustrace a vyvolávat euforii. Z tohoto východiska se odvíjel režim Apolináře, který usiloval naučit pacienty snášet stavy stresu, úzkosti a frustrace, volnému úsilí, novým zájmům a činnostem pro vznik euforie, ale bez „berličky“ alkoholu (Nevšimal, 2004).

S tímto pohledem na léčbu se ztotožňuji, přičemž za onu „berličku“ považuji i potlačování emocí, jež klienti v léčbě po vysazení jimi užívané návykové látky začínají prožívat, a protože jim často nejsou příjemné nebo si s nimi nevědí rady, žádají o farmakoterapii. Farmakoterapii tedy v komplexním procesu léčby vnímám jako poslední, nikoli jako první možnou volbu.

Vedle leckdy ne zcela odůvodněné farmakoterapie se můžeme v léčbě osob se závislostmi dopouštět i jiných chyb. A sice, když se v kontextu paradigmatu závislosti jako nemocí pasujeme do role vševědoucích expertů na životy našich klientů a je vnímáme jako neschopné a bezmocné. V takovém případě od nich očekáváme, že po nástupu do léčby budou slepě – a bez chyb – plnit režimové a programové požadavky a za jejich porušování je z programu léčby nezřídka vyloučíme.

## ÚZDRAVA

Je definována jako proces změny, prostřednictvím kterého si lidé zlepšují zdraví a kvalitu života, žijí samostatný život v místě podle své volby a usilují o plné využití svého potenciálu (SAMHSA).

Proces úzdravy podporují čtyři hlavní oblasti:

- **zdraví** – překonání nebo zvládnutí nemoci a žití tělesně a emocionálně zdravým životem;
- **domov** – stabilní a bezpečné místo k životu;
- **smysluplný život** – denní aktivity, jako je zaměstnání, škola, dobrovolnictví, péče o rodinu nebo tvůrčí snažení, nezávislost, příjem a zdroje k účasti ve společnosti;
- **společnost, komunita** – vztahy a sociální síť, které poskytují podporu, přátelství, lásku a naději. (SAMHSA)

K úzdravě člověka ze závislosti přispívají zejména:

- pomoc/podpora a rada;
- doprovázení, přijetí a porozumění;
- střet s realitou;
- dospělý pozitivní vzor;
- naučit se zvládat zátěžové situace;
- víra...

A jak my v současnosti léčíme lidi z jejich závislostí? Nabízíme jim:

- farmakoterapii – již dále potlačujeme příčiny užívání návykových látek a/nebo výše uvedených symptomů závislosti (nejčastěji jde o úzkostné/depresivní stavy, tenze, anxieta, pocity méněcennosti, kolísání nálad, anhedonii či hypobulii) a bráníme střetu s realitou či učení se dovednostem zvládat zátěžové situace;
- režim – jehož součástí jsou postihy za porušování pravidel programu léčby, kterého se dopouštějí klienti v důsledku svého kompulzivního chování (jež může být způsobeno jejich oslabenou sebekontrolou?);
- psychoterapii;
- sociální učení;
- edukaci;
- rodinnou terapii...

Kde v našich léčebných programech jsou pomoc/podpora a rada, doprovázení, přijetí a porozumění, dospělý pozitivní vzor či víra? Patří, nebo nepatří mezi služby, které našim klientům poskytujeme?

### **ČTĚME BIBLI, TAM TO VŠECHNO JE...**

Bible nám nabízí mnohá poučení ze života lidského pokolení. Lze v ní hledat i poučení pro oblast léčby osob se závislostmi? Domnívám se, že ano, a pokusím se to ilustrovat na podobenství o Adamovi a Evě. Ti prý žili v ráji a Bůh jim dovolil vše s výjimkou ochutnání ovoce ze stromu poznání DOBRA a ZLA (viz koncept „zakázaného ovoce“ používaný v psychoterapii osob se závislostmi). Protože však Adam s Evou (viz naši klienti) porušili pravidla stanovená Bohem – autoritou (viz pravidla léčby stanovená autoritou terapeutů), byli z ráje okamžitě vyhnáni (viz vyloučení z léčby). Z příběhu lze usuzovat, že postihuje chování, které je pro lidstvo od počátku věků typické – problémy odolávat pokušení zakázaného ovoce a dodržovat pravidla stanovená autoritou.

V hebrejské verzi Bible bylo Adamovi a Evě zapovězeno okusit ovoce ze stromu poznání „již zářícího“ a „ještě nezářícího“. Ještě zajímavější je v kontextu mého příspěvku aramejský význam dobrého a zlého, který je „zralý“ a „nezralý“. Pokud vyjdeme z požadavků na terapeuty, aby působili na klienty jako pozitivní, dospělé vzory, můžeme na ně použít uvedené synonymum dobra – měli by být „zralými“ lidmi, ale i profesionály. Naopak klienty se závislostmi, kteří se z různých důvodů chovají „nedospěle“, můžeme označit v rámci této metafory jako „nezralé“ jedince.

## LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Vyjdeme-li z výše uvedené metafory, léčba by pak měla být proces, v němž mají „zralí“ terapeuti pomáhat „nezralým“ klientům se závislostmi, do níž se vlivem své nezralosti dostali, „dozrát“ (viz hlavní cíl léčby osob se závislostmi v terapeutické komunitě, jímž je podporovat klienty v procesu jejich osobnostního růstu). Klient se tedy může ze závislosti uzdravit, až „dozraje“. To ale chce čas, který jak bylo diskutováno výše, vyžaduje regenerace mozku klientů, i abstinenci od látek měnících vědomí (psychofarmak). K tomu ale musí klient dostat příležitost v léčbě, když už si ve své nezralosti uvědomil, že ji potřebuje, aby se závislosti dokázal zbavit (ÚZDRAVA). Ale když ho z léčby pro jeho projevy nezralosti vyloučíme (např. kvůli porušování léčebného režimu), dozrát mu neumožníme. Jsme potom zralými terapeuti? Pro úplnost – Kooyman jako jeden z patnácti účinných terapeutických faktorů terapeutické komunity uvádí, že klientům musí být v procesu léčby umožněno, aby se dopouštěli chyb (porušování léčebného režimu), z nichž se mohou pro svoji úzdravu poučovat.

Pokud budeme klienty se závislostmi vnímat jako „nezralé ovoce“, nabízí se otázka, co je vlastně jejich léčba. Je jí „zmrazení ovoce“, které potřebuje dozrát (např. farmakoterapií, která klienty „zmrazuje“, tj. potlačuje u nich symptomy nejenom závislosti, ale i jejich nezralosti, kvůli níž se patrně k závislosti dopracovali, a ochraňuje je před střetem s realitou DOBRA a ZLA)? Nebo je léčbou naopak vystavení závislého přirozeným podmínkám a postupné učení se DOBRO a ZLO přijmout a zapracovat do svého životního konceptu, a tím řešit příčiny své závislosti jako nezbytného předpokladu pro úzdravu?

## OTÁZKY NA KONEC

Nechci čtenáři podsouvat své názory. I proto jsem v předešlém textu položil řadu otázek a odpověď na ně nechávám na vás, pokud tyto řádky čtete. Na závěr ale ještě několik otázek k přemýšlení o tématu léčby osob se závislostmi přidám.

Co je v procesu úzdravy nejvýznamnější? Zdravotní péče, nebo sociální práce, nebo edukace?

Kdo léčí a kdo pomáhá uzdravovat? Psychiatrické nemocnice-léčebny, nebo terapeutické komunity, lékaři-psychiatři, nebo adiktologové, nebo psychoterapeuti bez medicínského vzdělání, nebo sociální pracovníci?

Kdo to má určovat? Praktici, nebo technokrati (z MZ, MPSV nebo ze zdravotních pojišťoven), nebo klienti?

## Literatura

- American Society for Addiction Medicine. *Definition of Addiction*. <http://www.asam.org> [online]. Notes: <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>.
- Gerra, G. (2009) *Drug Demand Reduction: New Challenges and Perspectives*, prezentace na pravidelném jednání UNODC, Vídeň.
- Kooyman, M. (1993) *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement, and treatment success*, Swets & Zeitlinger Publishers.
- Radimecký, J. (2007) *Jeden krok vpřed a dva kroky vzad.? Kritika konceptu závislosti jako nemoci*, *Adiktologie*, 2007, 7/2 – Supplementum.
- Volkow, ND et al. (2001) *Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recovers with Protracted Abstinence*, *Journal of Neuroscience* 21, 9414-9418.

## PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Působí jako vědecký pracovník a lektor na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a současně je odborným ředitelem WHITE LIGHT I., a vedoucím jeho Terapeutické komunity.

Kontakt: [radimecky@adiktologie.cz](mailto:radimecky@adiktologie.cz)

# Skupina terapeutická a výcviková

Jiří Krombholz

Harper v r. 1959 spočítal celkem 56 psychoterapeutických systémů, Parlof jich v r. 1976 našel 130, v r. 1979 se jich uvádí 200 a Prochaskova publikace z r. 1999 uvádí více než 400 psychoterapeutických systémů.

S nadsázkou bychom mohli uvažovat, že kdyby každý z těchto systémů měl 1 000 zastánců a každý se setkal se 100 klienty (ale např. výcvikovými komunitami systému SUR jich prošlo od jeho vzniku přes 2 000), blížila by se již pomalu doba, kdy každý bude pacientem nebo lektorem, případně obojím zároveň. Odborník, zvednuv se z psychoanalytického lůžka, poběží do metra doprovázet své klienty na eskalátorech při kognitivně behaviorální terapii klaustrofobie.

Jak se rozlišíme, jaký je rozdíl mezi přístupem výcvikovým a terapeutickým?

Co si o tom myslí autority?

**Mearns** uvádí, že rozdíl mezi terapeutickým a výcvikovým vztahem spočívá ve čtyřech oblastech:

Terapeutický vztah je individuální, výlučný, kdežto ve výcvikovém vztahu je lektor odpovědný za všechny frekventanty stejně, lektor tedy nemá být zároveň terapeutem frekventanta.

Důvěrnost charakteristická pro vztah terapeut-pacient neplatí ve výcviku.

Terapeut neodpovídá za pacienta, výcvikový terapeut přebírá do jisté míry odpovědnost za frekventanta ve smyslu úrovně jeho počínání vůči jeho vlastním pacientům.

Frekventanti se podílejí na odpovědnosti vůči lektorovi.

**Yalom** uvádí, že v terapeutické skupině je menší úroveň sourozenecké rivality, je menší tlak na podávání výkonu, méně obran a méně obav z hodnocení.

V terapeutické skupině jde dle Yaloma o terapeutické změny u členů skupiny, ve výcvikové jde o intenzivní skupinovou zkušenost, vyjádření a integraci emocí. Výcviková skupina má tendenci vystupovat vůči okolí jako ostrov pozitivní deviace, terapeutická skupina tuto ambici nemívá.

Vlastní výcvik v systému SUR jsem dokončil v r. 1975 ve skupině vedené dr. Urbanem a od té doby nabízím možnost skupinové terapie svým pacientům, jednak působím jako výcvikový terapeut, posléze jako vedoucí výcvikových komunit.

Název sdělení nabízí názor, že obě situace, výcviková a terapeutická, jsou nějakým způsobem principiálně odlišné. Nemyslím si to. Mám zkušenost, že jakmile si osm, byť i renomovaných odborníků sedne do kruhu s úmyslem cvičně imitovat terapeutickou skupinu, objeví se skupinová dynamika, známky odporu i kohese, účastníci přijmou roli subjektu terapie. Zažil jsem situaci, kdy jsem měl za úkol předvést techniku skupinové terapie skupině odborníků připravujících se na atestaci z psychiatrie. Než bych určil nějaké téma, jeden z kolegů se náhle svěřil s problémem kolem alkoholu a jiná kolegyně hovořila o svém vztahu k matce. Demoverse měla tendenci spustit proces. Zde se pak samozřejmě objevuje i problém etický – spustit a nedokončit? Mnohdy slyšíme, že jde ve výcviku o kvasiterapii, o terapii cvičnou. Domnívám se, že jsou to postoje alibistické. Výcviková skupina je plnohodnotnou terapií s možnými pozitivními, ale i negativními, nežádoucími efekty. Zažil jsem ve výcviku dekompenzaci do paranoidně depresivní symptomatiky i závažnější jevy. Zde by měla být rozsáhlá odbočka k problematice výběru frekventantů, ta patří do jiného sdělení. Má-li tedy výcviková skupina své terapeutické stránky, nezbyvá, než aby i výcvikový terapeut přijímal odpovědnost za frekventanty samotné, ne jen za jejich další odbornou činnost. Zde se dotýkám současných diskusí o psychoterapii ve zdravotnictví a mimo něj. Nehoruji pro omezování, ale pro řád, přesně stanovená kritéria vzdělání a supervizi upravená pro zájemce z řad nezdravotnických psychoterapeutů.

Z hlediska vztahu terapeuta, pacienta, lektora a frekventanta mnoho rozdílů tedy nevidím. Vyslechl jsem řadu diskusí na téma, jak se pozná, že frekventant prošel výcvikem úspěšně. Většinou se mluvilo o potřebě popsatelné změny v postojích, chování, náhledu apod. Vlastně o efektu léčby.

Rozdíly v situacích výcvikových a terapeutických ale samozřejmě pozoruji. V počátcích, kdy se s výcvikem začínalo, v šedesátých letech minulého století, se v souladu s předchozím psychoterapeutickým pústem hlásili do výcviku odborníci, kteří chtěli obohatit své terapeutické armamentarium, chtěli se něco naučit, žádali předvádění technik. Nošení vlastní kůže na trh se tolik nenosilo, efekt se nežádal, protože se předpokládalo, že základní vlastností terapeuta je, že je zdrav, a zdraví lidé se jak známo nejhůře léčí. Teprve až v průběhu práce výcvikových komunit se objevilo, že se do výcvikového procesu vloudila regulérní terapie. Díky za to zakladatelům systému SUR, kteří tušili, že jde o víc než jen učení, a důsledně začali uplatňovat požadavek nejméně pětiletého trvání výcviku.

Myslím, že nositelů symptomu se v posledních letech objevuje mezi zájemci o výcvik více, jako by možnost skrýt manifestací svých potíží za výcvikovou situaci byla výhodná, terapeutický moment výcvikové skupiny tím bobtná. V terapeutických skupinách vidím opačný trend: přiznání, eventuálně proklamace psychopatologie „my jsme tu všichni blázni“ dává možnost zvýšení kohese skupiny, tím snížení tense jednotlivých členů, takový postoj vytváří stín, v němž je možné chovat se méně zrale. Na druhé straně to umožňuje některým členům



skupiny přijít náhle s větším množstvím materiálu. Pacienti, ti praví, jsou někdy ochotni náhle, během jednoho sezení, přinést velmi hluboký vstup do intimních vrstev. Ve výcvikových skupinách toto není zvykem, frekventanti si více hlídají, kam se pustit, mají více pocitů ohrožení, odkrývá se po tenčích vrstvách, ne po pilotních sondách.

Rozdílné bývají i projevy odporu, pacient častěji reaguje neporozuměním, dotčeností, vypráví nedůležité příhody ze života nebo ze zdravotních důvodů na skupinu nepříjde. Odborníci více využívají posic experta, komentářů k postupu lektora, tlaku na předvádění technik. Vždycky ve skupinách doporučujeme účastníkům, aby se zdrželi vzájemných erotických aktivit. Odborníci porušují toto „tabu“ častěji než pacienti.

Rozdíl samozřejmě je i v motivaci a nasazení, což je pochopitelné, pacienti nezřídka žejrají na zdoluhavost psychoterapie, nevidí blížký efekt, mají tendenci uchylovat se více k farmakoterapii. Je pravda, že moderní farmaka mnohdy dokáží zvládat dříve těžko léčitelné stavy – fobie, obsedantně kompulsivní poruchu apod. Nicméně dobře vedená psychoterapie se snáze vysadí než benzodiazepiny a serotoninergní antidepresiva. A pochopitelně jsou lékaři a psychologové také motivováni potřebou získat licenci s možností účtovat svou práci pojišťovněm.

V průběhu let došlo k významné změně v poskytování výcviku. Zhruba od první třetiny devadesátých let se za výcvik platí, do té doby lektori pracovali bezplatně. Není to úplná novinka, psychoanalytici poskytovali cvičnou analýzu za úplaty i za předchozího režimu a ostatní „platili“ dovolenou, víkendy apod. S nástupem ekonomizace výcviků bychom čekali méně zájmu o výcvik. Není tomu tak. V každé nově zakládané komunitě je vždy převís zájemců nad prostorové možnosti komunity, někdy i padesátiprocentní.

Tendence k vytvoření výrazné kohese až k přerůstání v partu jsou jako jeden z projevů odporu či degradace skupiny častější u odborníků. Mají tendenci vnášet do skupiny různé rituály, tanečky ve stylu autohecování sportovních týmů, někdy do nich vtahují lektory, jindy právě naopak. Pacienti daleko častěji používají argumentaci z oblasti různých kouzelníků – astrologů, kartářek, homeopatů, vykladatelů tarotu, řešení „on je býk a já vodnář, s tím nic neuděláme“.

V dynamicky orientovaných skupinách se stává, že tendence terapeuta či lektora k interpretacím analytického typu se potká s náboženským názorem pacienta či frekventanta. Tyto dva přístupy nebývají vždy v souladu. Někdy se dohodneme, že pudová sféra je v provozu, i když je regulována nábožensky orientovaným nadjád, jindy se ukáže stop – za touto hranicí je víra, tam vy nemáte přístup. Otevření sexuálních či agresivních tabu je někdy oblastí nesmiřitelného střetu. Řešení si vyžaduje lektora či terapeuta opravdu mimořádné zkušeného, je to jedno z nejtěžších. Fundamentalismus terapeutický i výcvikový systém destruuje. Samostatnou kapitolou je výskyt členů náboženských sekt. V terapeutických skupinách jsou velmi vzácní, ve výcvikových se velmi zřídka najdou, obvykle skupinu po čase sami opustí.

Uzavřel bych tedy – výcvikový terapeut se nemůže zbavit odpovědnosti za vývoj a zdravotní stav frekventanta poukazem na pouhou cvičnost situace, protože i ve výcviku jsou momenty, které mohou mít zásadní vliv nejen na profesní život frekventanta. S tím souvisí výše již zmíněný problém. Zatímco pacienti, bohudík, sami přicházejí, frekventanty výcviku bychom měli velmi pečlivě vybírat.

*Psychiatr a psychoterapeut.*

*Pracuje jako ambulantní psychiatr a jako lektor pro výcvik ve skupinové psychoterapii systému SUR.*

*Kontakt: [zbsanima@email.cz](mailto:zbsanima@email.cz)*

# Přirozené zotavení

Pavel Nepustil

## ABSTRAKT

Jako „přirozené zotavení“ se v literatuře o užívání drog a závislostech označuje zotavení bez institucionální nebo formalizované podpory. V tomto příspěvku vycházím ze svého vlastního výzkumu založeného na narativních rozhovorech s osobami, které užívaly v minulosti pervitin a zotavily se bez odborné pomoci. Zmiňuji tři klíčové charakteristiky procesu, kterým moji respondenti procházeli a které vnímám jako společné pro proces zotavení bez ohledu na přítomnost či absenci odborné pomoci. Jmenovitě to jsou: jedinečnost, neohraničenost a vztahovost. Ačkoliv tyto charakteristiky nenabízí žádný jednoznačný návod pro zotavení, mohou sloužit jako základní vodítka pro přístup nás jako profesionálů k lidem v procesu zotavení, kterým chceme pomoci.

**Klíčová slova:** závislost, zotavení, přirozené zotavení

*„Máme spoustu studijních programů o závislostech, ale žádný o zotavení.“<sup>1</sup> (White, W. L., 2009)*

„Přirozené zotavení“ (angl. natural recovery) je termín, kterým se v literatuře o užívání drog a závislostech označuje zotavení bez institucionální nebo formalizované podpory. Někteří autoři (Klingemann et al., 2001; Sobell, Ellingstad, Sobel, 2000) stanovují jasná kritéria, kdy se dá o přirozeném zotavení ze závislosti hovořit, a ty zahrnují jednak striktní absenci jakékoliv formy odborné pomoci v procesu zotavení a jednak jasně stanovenou minimální délku trvání období závislosti a počet let uplynulých od tohoto období. Pokud však prozkoumáváme proces přirozeného zotavení blíže, nutně zjišťujeme, že není možné jej vnímat jako něco zcela jiného, než je zotavení s využitím odborné podpory. Naopak, zdá se, že proces zotavení má některé společné charakteristiky, které jsou viditelné bez ohledu na to, jakou cestu daný jedinec volí.

V tomto příspěvku vycházím ze svého vlastního výzkumu, jehož metodologii a výsledky popisují jinde (Nepustil, 2013; 2014). Ve stručnosti: provedl jsem 19 narativních rozhovorů

---

1 „We have a lot of addiction studies but no recovery studies.“

s osobami, které užívaly v minulosti pervitin, a to déle než rok, v intenzitě více než dvakrát týdně a v době rozhovoru jej neužívaly už více než pět let. Zásadní podmínkou potom bylo, že při přestávání s tímto pravidelným užíváním jim nebyla poskytnuta žádná odborná podpora. Byli to tedy „přirozeně zotavení“ lidé ve výše uvedeném významu. Sedm z těchto rozhovorů jsem důkladněji analyzoval a ve své disertační práci (Nepustil, 2013) i knize (Nepustil, 2014) jsem nabídl jejich příběhy a vyvodil závěry s určitou mírou zobecnění. Zde bych rád zmínil tři klíčové charakteristiky procesu, kterým moji respondenti procházeli. Jmenovitě to jsou: jedinečnost, neohraničenost a vztahovost.

Ještě předtím, než tyto charakteristiky popíšu, bych však rád zmínil práci Marca Lewise, se kterou nacházím mnoho styčných bodů, a to přesto, že se Lewis procesem zotavování zabývá z hlediska neurověd. Ve své knize s názvem *Biology of Desire* píše:

*„Ta řada závislých, kterým se podaří přestat, tak učiní jedinečným a objevným způsobem, prostřednictvím úsilí a vhledu. Přestávání je tedy nejlépe možné vidět jako pokračující rozvoj, nikoliv jako ‚uzdravení‘ z nemoci.“ (Lewis, 2015:xii)<sup>2</sup>*

Lewis se v celé své knize jednoznačně vymezuje proti definování závislosti jako nemoci, a tím i proti popisování procesu překonávání závislosti slovníkem „úzdavy“ z nemoci. Podle něj není důvod, proč neurochemické změny v mozku, které vznikají v průběhu závislosti, označovat za patologický stav. Nepochybně se při intenzivním užívání psychoaktivních látek anebo při náruživém vykonávání některých aktivit způsobujících potěšení mění chemická rovnováha v mozku, často dochází i ke strukturálním změnám, takové změny jsou však pro nervovou soustavu spíše pravidlem než výjimkou. Lewis (2015) nepopisuje mozek jako stroj, ale spíše jako ekosystém nebo komunitu, kde je změna základní charakteristikou systému a zárukou jeho pokračujícího rozvoje. Opakování určitě pozitivní zkušenosti vede k vytváření a rozvíjení specifických nervových spojení a sítí, a zároveň k oslabování a zaničování jiných. Takto se vytváří návyk, ať už jde o pravidelnou péči o tělo anebo o popíjení piva u televize. To, v čem závislost mezi jinými návyky vyniká, je obrovská emoční intenzita této zkušenosti, poháněna ztělesněným pocitem, který interpretujeme jakou touhu.

Základem zotavení je potom pro Lewise přesměrování touhy, tedy určitá změna zaměření, která se na neurochemické úrovni projeví mimo jiné vyšším zapojením prefrontálního kortexu, spojeného s abstraktními idejemi, plánováním a sebeuvědoměním. Proces této změny však nutně využívá již existující síť a spojení, včetně těch, které vznikly v průběhu závislosti. Proto tedy Lewis ve výše uvedeném citátu píše o „pokračujícím rozvoji“ spíše než o uzdravování z nemoci. V procesu zotavení se člověk „nezbavuje“ závislosti v tom smyslu, že by jí postupně odřezával jako rakovinný nádor. Naopak, některé zkušenosti, poznatky a dovednosti z období závislosti může využít jako jeden ze zdrojů, které má k dispozici, zatímco jiné může opomenout, nechat „zakrtnět“. Tímto způsobem vzniká nutně jedinečný a originální obraz každého příběhu zotavení.

A právě tato *jedinečnost* byla také přítomna ve všech rozhovorech mého výzkumu. Základní pocit, se kterým jsem ze všech rozhovorů odcházel, bylo okouzlení z osobnosti a charismatu lidí, se kterými jsem se setkal. Ať už to byl Tomáš, který z divokého života ve městě naráz

---

2 „The many addicts who end up quitting do so uniquely and inventively, through effort and insight. Thus quitting is best seen as further development, not „recovery“ from a disease.“

odjel na rok do přírody, nebo Miloš, jehož život kompletně změnilo setkání s dcerou, o které si myslel, že už ji nikdy neuvidí, anebo Lenka, která po zátahu policie, jemuž o vlásek unikla, napřela veškerou sílu do vzdělání, každý příběh byl naprostým originálem. Možná tato originalita vynikla o to víc v souvislosti s nepřítomností jakéhokoliv modelu zotavení, respektive odborného modelu léčby. Na druhou stranu je však z nesčetných vyjádření lidí, kteří překonali závislost s využitím odborné pomoci, patrné, že stejná kreativita je žádoucí i při absolvování jakéhokoliv léčebného, psychosociálního, svépomocného nebo jiného programu (Hughes, 2007; Melasová, 2000; Minarčík, 1997; White, 1996).

Kromě jedinečnosti poukazuje Lewisova práce také na *neohraničenost* celého procesu zotavení, a to je další charakteristika, kterou jsem pozoroval napříč všemi svými rozhovory. Lewis (2015) označuje zotavení za „pokračující rozvoj“, kdy nově vznikající neuronové sítě využívají ve velké míře neurochemické dráhy vzniklé mimo jiné i v období závislosti. Ve vyprávění mých konverzačních partnerů bylo často patrné, že nedokázali označit jasný „bod zlomu“, který by znamenal přechod od závislosti k zotavení (Nepustil, 2014). I když často identifikovali moment, který byl pro ně rozhodující, anebo si minimálně vzpomněli, kdy užili pervitin naposledy, tyto okamžiky nebyly totožné s obratem od závislosti k zotavení. Kdybychom se měli podrobněji zabývat tím, kde byly kořeny jejich zotavení, museli bychom se často vrátit možná až do období před závislostí, kdy získávali schopnost sebereflexe, pocit samostatnosti anebo různé strategie zvládání složitých situací. Stejně tak v období závislosti mohli často dále rozvíjet schopnosti, které jim následně usnadnily zotavení – u některých to byla kreativita, u jiných schopnost rozlišit přijatelné a nepřijatelné riziko, u jiných umění podívat se na svůj život z různých stran.

Poslední charakteristika procesu zotavení, kterou bych zde rád zmínil, je *vztahovost*. Ta je v Lewisově práci zmíněna spíše implicitně. Jako neurovědec zůstává u individuálního vysvětlení jak závislosti, tak zotavení. Když však ve své knize (2015) nabízí příběhy lidí, kteří se zotavili ze závislosti, je poměrně jasně vidět, jak zásadní roli měli druzí, a to jak ti, od kterých se jedinec v době zotavování odkláněl, tak ti, kteří se k němu naopak přikláněli. Ve své práci (2013) jsem pro lepší přiblížení tohoto procesu využil vztahovou teorii Kennetha Gergena (2009). S využitím jeho konceptů jsem v rámci svého výzkumu identifikoval narušení vztahového plynutí, vytváření vztahových trajektorií a vznikání nového pocitu sounáležitosti jako zásadní prvky v procesu zotavování. Všechny tyto prvky mají společné to, že vyžadují účast druhých, aby mohl proces zotavení pokračovat. V souvislosti se svým výzkumem píšu doslova: „*K tomu, aby člověk dokázal přestat s dlouhodobým užíváním drog sám, potřebuje druhé, kteří mu to umožní*“ (Nepustil, 2014:111).

Tři zmíněné charakteristiky procesu zotavení, tedy jedinečnost, neohraničenost a vztahovost, jsou z mého pohledu při překonávání závislosti nezbytné. Ačkoliv nenabízí žádný jednoznačný návod, mohou sloužit alespoň jako základní vodítka pro přístup nás jako profesionálů k lidem v procesu zotavení, kterým chceme pomoci. Důraz na jedinečnost nás tak může vést k většímu respektu pro cestu, kterou si člověk volí. Důraz na neohraničenost nás může orientovat k hledání zdrojů pro zotavení v životních zkušenostech člověka, a to jak v období před závislostí, tak během ní. A konečně, důraz na vztahovost nás učí vnímat člověka jako součást intimních i celospolečenských vztahů, jejichž proměňování musí jít ruku v ruce s procesem zotavení. A je nutné při tom mít na paměti, že do této vztahové sítě patříme i my.

## Literatura

- Gergen, K. J. (2009). *Relational being*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hughes, K. (2007). Migrating identities: The relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health & Illness*, 29(5), 673-691. doi:10.1111/j.1467- 9566.2007.01018.x
- Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., & Tucker, J. (2001). *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention and treatment*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic.
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease*. New York: Public Affairs.
- Melasová, T. (2000). *Tovar*. Bratislava: Marenčin PT.
- Minarčík, Jura (1997). *Čtvrtý rozměr závislosti*. Praha: Maťa.
- Nepustil, P. (2013). *Proces změny po ukončení dlouhodobého užívání pervitinu bez odborné pomoci*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Nepustil, P. (2014). *Bez léčby to jde: Proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: MUNI Press.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-769. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95574911.x
- White, W. L. (1996). *Pathways from the culture of addiction to the culture of recovery: A travel guide for addiction professionals*. Center City, MA: Hazelden.
- White, W. L. (2009). *Seminar with William L. White on Recovery*. London: Wired In and Action on Addiction. [Autorovy osobní poznámky]

## Mgr. Pavel Nepustil, Ph.D.

Psycholog, terapeut a sociální pracovník.

V současné době má soukromou praxi v Brně a je koordinátorem skupiny Narativ.

Kontakt: [nepustil@narativ.cz](mailto:nepustil@narativ.cz)

# *Jak uzdravit sociální exkluzi*

**Petr Matoušek**

Hned na úvod musím předeslat, že tento text je pracovní verzí zamýšleného odborného textu o (možném) prolnutí termínů sociální exkluze a úzdravy. V tak krátkém čase se mi nepodaří všechny možnosti vyčerpát, berte ho, prosím, jako výchozí podklad k diskusi. Vlastně je možné v obou případech mluvit/psát o prolnutí odborných, případně politických koncepcích, ani v jednom případě nejde o jednoduché termíny s jednoznačnými definicemi. Než se však dostanu k oběma konceptům, dovoluji mi, říci něco o sobě.

Jsem sociální pracovník, který utekl do sociologie. Dlouhou dobu jsem pracoval v různých oblastech sociální práce, založil jsem a vedl neziskovou organizaci, abych později obor opustil a vystudoval kvalitativní sociologii. Tu přednáším převážně na univerzitní půdě různým pomáhajícím profesím (sociálním pracovníkům, adiktologům, ale i rehabilitačním sestrami, architektům apod.) a snažím se je přesvědčit, že k sobě mají pomáhající profese i sociologové blíže, než si mnozí myslí.

Nedělám číselnou sociologii, nevěřím, že svět je vysvětlitelný číslem, tabulkami a grafy. Kvalitativní sociologie je založena na analyzování rozhovorů, textů, diskuzí, ale i vizuálních materiálů a prostorů. Uvnitř kvalitativní sociologie se zabývám tématy, jako je regulace veřejného prostranství na úrovni vyhlášek (prostitute, žebrání...), menšiny, etnicita, rasismus, stigmatizace. Celé se by se to dalo označit otázkou: „Jak je konstruována (a udržována) hranice mezi normalitou a nenormalitou?“

## **KONCEPT SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ**

Pojem úzdava v sobě, podle mého, nápadně připomíná pojem sociální exkluze. Oba se objevují přibližně ve stejném časovém období a oba reagují na kritické užívání pojmů předcházejících. V tomto kontextu je dobré se ptát po smysluplnosti jejich užívání. Proč jsou oba pojmy – exkluze i úzdava – dnes na vrcholu diskuzí, pořádají se o nich konference, píšou se texty a udělují granty? Co je důvodem této módnosti? Je nutné se ptát, co nového vykonávají tyto pojmy pro pochopení současného světa (viz Mareš:2006).

- Odráží skutečně nové společenské jevy a procesy? To by znamenalo, že se v reálném světě něco změnilo, co opravňuje zavedení a užívání nového pojmu. Pokud je tomu tak, potom je nutné ptát se dál: co to je; co je onou změnou a jak je popsána, zažívána, konstruována.
- Jde (pouze) o nový pohled na staré věci? Například namísto pojmu chudoba jsme zavedli pojem sociální vyloučení, protože chudoba už nelze popsat jen v ekonomických termínech a v dichotomii zaměstnaný/nezaměstnaný, ale je nutné upozornit i na to, že člověk dříve považovaný za chudého se může díky sociálním vztahům cítit bohatým, začleněným a spokojeným. Stejně tak i pojem úzdava obrací pozornost z dichotomie nemoc/zdraví na chápání nemoci a života s ní.
- Je to přizpůsobení terminologie přenesením akcentu z jednoho aspektu daných jevů či procesů na jiný aspekt? V souvislosti se sociální exkluzí jde především o přesun akcentu z individuálních osudů na procesy ve společnosti. V souvislosti s úzdavou jde o přesun pozornosti z expertní kategorizace zdravý/nemocný na procesuální chápání života s nemocí dle názorů klienta.

Z výše uvedeného je patrné, že oba pojmy, koncepty, je nutné vždy nějakým způsobem v diskuzích zpřesnit, povysvětlit a udržovat přesné v kontextu různých diskuzí. Což je ovšem problematické v tom, že koncept sociální exkluze i úzdavy je, navzdory svému širokému používání v akademické sféře i v diskurzu dokumentů Evropské unie, stále dosti vágní. Není třeba se hned znepokojovat, v podstatě se to v historii sociálních věd stane každému novému pojmu – jeho užívání postupně přejde k nadužívání, později ke ztrátě významu, rozmělnění a zapomenutí. Tímto příspěvkem chci docílit i toho, aby ona původní přesnost zůstala zachována.

V této chvíli ponechávám koncept úzdavy poněkud stranou. Hlavní mojí optikou v tomto příspěvku je pohlédnout skrze koncept sociální exkluze na koncept úzdavy. Je to dáno mojí profesní orientací, je to dáno i tím, že o pojmu úzdava zde již zasvěceně přednášeli jiní. Budu se tedy věnovat spíše neporozuměním, které používání konceptu sociální exkluze vyvolává, budu hledat v tomto textu přesnější vymezení, které dle mého názoru tvoří ony styčné plochy mezi sociologií a adiktologií/pomáhajícími profesemi.

## JAK SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ DEFINOVAT A POPSAT

Pomohu si jedním drsným vtípem.

Kohn a Roubíček jdou kolem varšavského ghetta. To je obehnané vysokou zdí. „Podívej, Kohn,“ povídá Roubíček, „ti nacisté si zase zvýšili plot.“ Kohn suše odtuší: „To maj marný, já se tam stejně dostanu.“

Co potřebujeme, abychom porozuměli tomuto vtípu? Znat kontext. Co to je ten kontext? Nestačí vědět, kdo byli Židé a kdo nacisté, ale vtíp upozorňuje na to, že v realitě se bude něco dít – odkazuje k procesům v každodenním světě obou táborů. Vtíp není vysvětlitelný bez znalostí procesů, které ve společnosti tenkrát probíhaly. Dokonce v tomto vtípu ani tak nezáleží na tom, zda Kohn chce či nechce, tyto procesy jsou silnější než jeho vůle.



Podle Giddense (1998:104), jde o to, že „koncept exkluze se nevztahuje k stupňování nerovnosti, ale k mechanismům, které mají za následek oddělování určitých skupin od hlavního proudu společnosti“.

Nejde tedy, v intencích tohoto výroku, ani tak o rozdělení, o to, že nejdříve jsem chudý a potom vyloučený, nejde o termíny nahoře a dole, vlevo a vpravo, normální, nenormální..., dokonce ani zdravý a nemocný. Tohle už tu všechno bylo. Koncept sociálního vyloučení obrací pozornost na procesy. Jde o procesy oddělování, vydělování, zneuznání, procesy stigmatizační, procesy exkluzivní.

**První neporozumění v užívání pojmu je tedy to, že jej chápeme v jeho definitivě – jako stav.** On je sociálně vyloučen. Ale spíše než o sociálním vyloučení by bylo lepší mluvit ve vidu nedokonavém – o sociálním vylučování. Ano, jsem si vědom, že to zní až příliš lékařsky a odkazuje to spíše k urologii než k adiktologii... Přesto logika časové souslednosti, logika procesuální, logika sil, které na člověka působí, odkazuje k nedefinitivnosti, nedokonavosti tohoto pojmu.

Pokud si představíme sociální vyloučení jako soubor sil působících ve společnosti, vyžaduje to další zastavení na mém putování po logice pojmu. Pokud si pamatujete na základy fyziky, pak víte, že každá akce vyvolá reakci. Co vyvolá proces sociální exkluze ve společnosti?

Příklad: já tady mluvím na konferenci a pak přijedu domů a zjistím, že mám batoh s věcmi přede dveřmi, protože mezitím, co jsem byl pryč, proběhl proces sociální exkluze. Co dál? Co se stalo uvnitř domu? Uvnitř domu proběhl proces sociální inkluze. Domluvili se, že mám odejít. Ano, procesy sociální exkluze a sociální inkluze probíhají tedy současně, jsou vzájemné. Mnohdy je důležitější pro pochopení toho, proč jsem se ocitl v procesu vylučování, pochopit to, proč se lidé inkludivní – český jazyk používá slovo: semknou. V tomto kontextu je tedy velké nepochopení stále trvat a opakovat výčtové definice sociálně vyloučených skupin. Mnohem důležitější je zkoumat a všimnout si toho, proč společnost mezi sebe někoho přijme a někoho nepřijme – jakými způsoby se to děje.

Má se adiktolog věnovat i procesům semknutí? Proč? Velmi často učíme klienty získat nějaké místo ve společnosti, začlenit se. Nedaří se ti to, je to tvoje vina, nauč se ještě tohle, vyzkoušej toto... Ale co když to není jen jejich vina? Základním prvkem pojmu sociální exkluze je upozornění, že ne vše je vina jedince, ne za vše může jeho sociální kapitál, ale že vina může být strukturální.

Opět si dovolím příklad z praxe: Vedete domov pro matky s dětmi. Každá z matek má dluhy. Pracujete s každou z nich na jejich splátkovém kalendáři, upozorníte ji na principy exekuce... Pracujete s nimi individuálně. A teď si představte, že vedete domov pro matky s dětmi s duševním onemocněním. Každá z nich má dluhy. Vy si všimnete, že tyto dluhy jsou od jedné firmy, která rozjela v regionu byznys s levnými půjčkami. Zavoláte tam a upozorníte, že podpisy klientek nejsou zřejmě podpisy klientek, že mnohé z nich mají omezenou právní subjektivitu, prostě podle vašeho názoru jde o neplatné smlouvy. A že zavoláte televizi Nova. Je to postup hodný pomáhající profese?

Ptal jsem se studentů ve svém předmětu a dostal jsem odpověď, že tento přístup do adiktologie/sociální práce nepatří. Dokonce jedna ze studentek mluvila o tom, že není dobrý, protože tím umetáme klientům cestu...

Ale jak klient může zvládnout procesy sociální inkluze, jak jim odolá? Pokud klient nevlastní odpovídající sociální kapitál, neumí rozpoznat důsledky, hrozby – vždyť proti němu stojí armáda obchodníků, právníků, lidí s vyšším vzděláním, než má on/ona.

Tento příběh se stal – ředitelka domu pro matky s psychiatrickou diagnózou tohle podnikla. Nezměnila proces sociální exkluze v celé ČR, „šmejdi pořád šmejdi“, ale změnila proces exkluze tam, kam dosáhla – ve svém regionu.

Strukturální faktory (často související i s hodnotami) brání jedincům či kolektivitám integrovat se (nezávisle na jejich vůli k integraci i nezávisle na vůli majoritní společnosti integrovat je) jsou zejména velké nerovnosti (podporované například meritokratickými hodnotami), povaha lokálních trhů práce...

Berghman (1997:19) konstatuje, že se dnes sociální vyloučení chápe spíše jako důsledek selhání společnosti než selhání jedince. A to selhání čtyř složek: demokracie a práva (podporují občanskou integraci); trhu práce (podporuje ekonomickou integraci); sociálního státu (podporuje sociální integraci); rodiny s komunitou (podporuje interpersonální integraci).

Většina současných sociologů upozorňuje na tento fenomén strukturálních procesů, jejich sílu, jejich skrytost a zarputilost, s jakou působí na jedince. V této změně perspektivy od jednotlivce a jeho sociálního kapitálu ke společenským silám spatřuji jeden z nejdůležitějších přínosů konceptu sociální exkluze.

**Druhé neporozumění se skrývá v tom, že sociální vyloučení chápeme jako dichotomii** – jsem exkludován a jsem inkludován. Ale procesy jsou neukončené a dnes nikdo není a nemůže si být jistý, že je doživotně in. Pokud procesy mohou být strukturální, společenské, nemůžeme si být jisti, že se příští rok, měsíc, týden budeme mít stejně dobře jako dnes. Rozvádět tuto myšlenku v kontextu uprchlické krize je nadbytečné, rozvádět tuto myšlenku před lidmi, kteří pracují v pomáhajících profesích v neziskových organizacích, je nadbytečné taktéž. Ale co v případě procesů out – mám jistotu, že už jsem sociálně exkludován? Ani tady nejde o ukončený koncept. Vrátím se zde k příběhu svého návratu domů a batohu před dveřmi. Co udělám? Potřebuji se najíst a vyspat. Kde se mohu najíst a vyspat? U nás na vsi těžko, nikoho tu moc neznám, přistěhovali jsme se před nedávnem. Tak vezmu batoh a pojedu do Prahy, na hlavní nádraží. Přestože nikoho neznám ani tam, vím, mám znalost, že se zde schází osoby bez domova. Tam potkám Frantu a ten mi řekne, kde sehnat jídlo, kde se dá vyspat, prostě mi podá mapu lokality, své vědění. A jsem inkludován. Nastal proces sociální inkluze – stal jsem se bezdomovcem. No ale potkal jsem Hynka, bývalého klienta, se kterým jsem kdysi pracoval. Ten mi nabídl heroin, že mohu krásně tu zimu přežít. Tak jsem si vzal. No a Franta mě vyhodil z našeho stanu pod mostem – jsem prý fetka, on jen pije. A tak začíná další proces sociálního vyloučení... Jsem exkludován, odborným jazykem řečeno, jsem odsunut ze subkultury osob bez domova do subkultury osob bez domova užívajících nelegální návykové látky. Kdo z vás zná hlavní nádraží v Praze, určitě si všiml, jaká hierarchie existuje v přilehlém parku. Proces sociální exkluze a inkluze se tedy netýká jen lidí z „normální“, běžné společnosti, ale týká se i lidí již odsunutých, lidí z různých subkultur. Kde to končí? Existuje koncept/pojem konečný stav, jež používají sociální vědci zabývající se tématy otroctví a holocaustu (např. Bauman a Paterson), který označuje sociální smrt. SOCIÁLNÍ. To znamená, že jde o stav, kdy je vám společenství ostatních již jedno, kdy se chováte, jako by ostatní nebyli, kdy jste ztratili své lidství.

Když jsem se bavil o problematických klientech s terénními pracovníky jedné pražské neziskové organizace, sami mluvili o těchto lidech ne jako o lidech, ale o zvířátkách. To je vlastně přesný, ale bohužel velmi smutný obraz sociální smrti. Objevil jsem studii o lidech v posledním stadiu AIDS z Mexika, které už nikde nechtěli, v žádné instituci. Vznikla jejich komunita a tato „zvířátka“ se o sebe začala navzájem starat.

Být in a out je v konceptu sociální exkluze stálý proces, proces, který se děje zároveň – proto dichotomické dělení na uvnitř a vně ztrácí smysl, protože se hranice dichotomií ruší v různých konkrétních životních situacích, do kterých se denně dostáváme.

Opět si dovolím jeden příklad: Člověk se závislostí chce, abychom se k němu chovali v práci od pondělí do pátku jako ke zdravému – pracuje s námi, my s ním, žádný problém. Ale v pátek, když my míříme do hospod, chce porozumění pro to, že s námi nepůjde. Chce, abychom se k němu chovali jako k člověku se závislostí.

Velmi zajímavým způsobem o těchto situacích píše Prins ve své knize Konec nevinnosti. „V kontextu analýzy procesů sociální inkluze a sociální exkluze se musíme vydat hledat konstrukci identity a kolektivity, která nezapadá do dualistického schématu stávajících způsobů vyjádření. Je stále více příkladů mezietnických forem jednání, které se příjemně odchyľují od toho, co jsme zvyklí považovat za „obvyklé“, které se vysmívají dualistickému schématu bílý versus černý, alochtonní versus autochtonní, oběť versus pachatel nebo tradiční versus moderní. Zejména mladí lidé pak ve svém každodenním životě velmi často využívají kreativitu a sebereflexi: pohrávají si s identitou, zveličují samozřejmě protiklady, čímž navozují aktivní destrukci. (Prins: 2005)

Interakce mezi různými skupinami aktérů, kteří soupeří o začlenění, a tím zároveň vyčleňují někoho jiného, patří k základním principům společnosti. Skrze tyto zápasy vytváříme identitu, její hranice a hierarchii. Problém, na který koncept sociální exkluze ukazuje, spočívá v tom, že tyto procesy nejsou v současné společnosti tak viditelné, jako tomu bylo dejme tomu ve středověku, kde jsme zločinci odřízli ruku, abychom jej (a tím i sebe) odlišili. Dnes jsou tyto procesy neviditelné, symbolické, různě pospojované. Proto je důležité mnohem více a pečlivěji je analyzovat, popisovat a pracovat s nimi.

**Poslední neporozumění, na které upozorňuje koncept sociální exkluze, je, že aktéři nejsou bezvládné, pasivní figurky, ale aktivní aktéři, kteří mají své strategie a možnosti, jak situace prožívat, řešit, reagovat na ně.** Z tohoto důvodu je východiskem pro pojetí sociální exkluze pojem sociální koheze. Je to stav rovnováhy mezi většinovou společností a subkulturami na okraji. Stav, ve kterém je ponechána volnost být na okraji, ale zároveň stav, ve kterém je kladen důraz na rovnost přístupu ke zdrojům.

Podle Commission of the European Union (2003:9) je koheze „proces, který zabezpečuje, že všem, kdo jsou vystaveni riziku chudoby a sociálního vyloučení, se dostane příležitosti a zdrojů nezbytných k plné participaci na ekonomickém, sociálním a kulturním životě společnosti a k zajištění životní úrovně považované ve společnosti, kde žijí, za standardní. Proces, který jim tak zajistí jejich podíl na rozhodování ovlivňujícím jejich život i schopnost uplatňovat svá základní práva.“ Inkluze již není jen rovnost příležitostí, ale rovností participace (podobně viz Giddens 2001).

Není úkolem pomáhajících profesí/adiktologie integrovat, nebo jak se nesprávně používá inkluovat, všechny, ale umožnit rovnost příležitostí. Cílem sociální politiky uvnitř konceptu exkluze a inkluze je tedy mnohem větší pozornost věnována většinové společnosti a jejím obranným mechanismům před lidmi na okraji, které brání jejich inkluzi. Zároveň je nutné zopakovat, že tento přístup neznamená stejnost identit, rolí. Je na každém, jakou strategii volí, jaké místo ve společnosti volí. Jednoduše řečeno, jde o to, aby lidé se svým místem ve společnosti byli spokojeni, smířeni a aby odlišnosti nebyly násilně normalizovány. Bauman 2000: „Ať zvolíme jakoukoli cestu k integraci, každá vychází z rozmanitosti, vede přes rozmanitost a je nepravděpodobné, že by v rozmanitosti nekončila. Budoucnost závisí na ochotě naučit se žít v kulturní rozmanitosti. Inkluzi nelze ztotožňovat se stejností...“

## ZÁVĚR

V tomto krátkém příspěvku se nahromadilo mnohem více otázek než odpovědí. Upozornil jsem na možné styčné plochy, ale i třecí plochy mezi konceptem úzdravy a konceptem sociální koheze/inkluze/exkluze. Proč by adiktologie měla věnovat pozornost tomuto konceptu?

Problém koheze profesí mezi různými pojetími úzdravy závislosti: Proběhne koheze mezi sociálními pracovníky, lékaři a adiktology tak, aby skutečně vznikl multidisciplinární přístup?

Problém uznání síly sociálních procesů: Od koho z pomáhajících profesí se čeká odstranění strukturálních procesů sociálního vyloučení?

Problém dichotomií: Poruší se dichotomie zdravý/nemocný – různými důrazy na cestu, procesy, faktory, přirozenou úzdravu, sociální kapitál –, jako se to objevuje v názvech příspěvků na této konferenci?

Problém uznání strategií aktérů: Zneschopňujeme naše klienty?

Problém jazyka – ne/odborné užívání pojmů exkluze, úzdrava: Kdy je člověk se závislostí nemocný, kdy je feták, kdy je zdravý a kdy je uzdraven a kdy je vyléčen, která slova stigmatizují ať již v kladném (ochranitelském modu), nebo v záporném modu (ubližení)? Nezapomeňme, že jazyk je konativní, že jazyk nejen označuje, ale také něco dělá (přisahám, oddávám vás...).

Koncept úzdravy i koncept sociální exkluze obrací pozornost na samostatnost klienta, na jeho interakce se společností a také na síly v oné společnosti. Proto je důležité tyto sociální procesy nejen akademicky analyzovat, ale zahrnout jejich znalost do terapeutické/adiktologické a sociální práce s klienty. A v neposlední řadě do terapeutické/adiktologické a sociální práce se společností. Pokud nebudeme umět srozumitelně formulovat naši práci, nemůže nastat sociální koheze přijetí tohoto oboru jako svéprávného, nutného a ceněného lidmi, kteří tyto služby nepotřebují.

## Literatura

- BAUMAN, Z. (1995): *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Slon.
- BAUMAN, Z. (1999): *Globalizace*. Praha: Prostor.
- BAUMAN, Z. (2002): *Tekutá modernita*. Praha: Mladá Fronta.
- BERGHMAN, J. (1997): *The Resources of Poverty and the Struggle Against Social Exclusion*. *International Social Security Review*, 50(1):3-21
- GIDDENS, A. (1998): *The Third Way*. Cambridge: Polity Press.
- MAREŠ, P. (2006): *Faktory sociálního vyloučení*. Praha: VÚPSV.
- MAREŠ, P. / HOFÍREK, O., eds. (2007): *Sociální reprodukce a integrace: ideály a meze*. Sborník z konference. Brno: Masarykova Univerzita.
- PATERSON, A. (1982): *Slavery and Social Death*. Harvard: Harvard University Press.
- PRINS, B. (2005): *Konec nevinnosti. Úskalí multikulturního soužití v Nizozemsku*. Brno: Barrister & Principal.
- RODGERS, G. / GORE, CH. / FIGUEIREDO, J.B. ed. (1995): *Social exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*. Geneva: Internal Labour Organization – International Institute for Labour studies. Pp 265-285.
- SIROVÁTKA, T. ed. (2002): *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*. Brno: Masarykova univerzita / Georgetown.
- SIROVÁTKA, T. ed. (2004): *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: Masarykova univerzita / Georgetown.

## Mgr. Petr Matoušek

Sociolog, působí jako odborný asistent na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.  
Kontakt: [petr.matousek@1lf.cuni.cz](mailto:petr.matousek@1lf.cuni.cz)

Veronika Maxová (ed.) a kol.

Úzdrava a drogy

V roce 2015 vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

Grafický design a sazba Jan Tippman, [www.tippman.cz](http://www.tippman.cz)

Tisk Janova dílna, Třebestovice

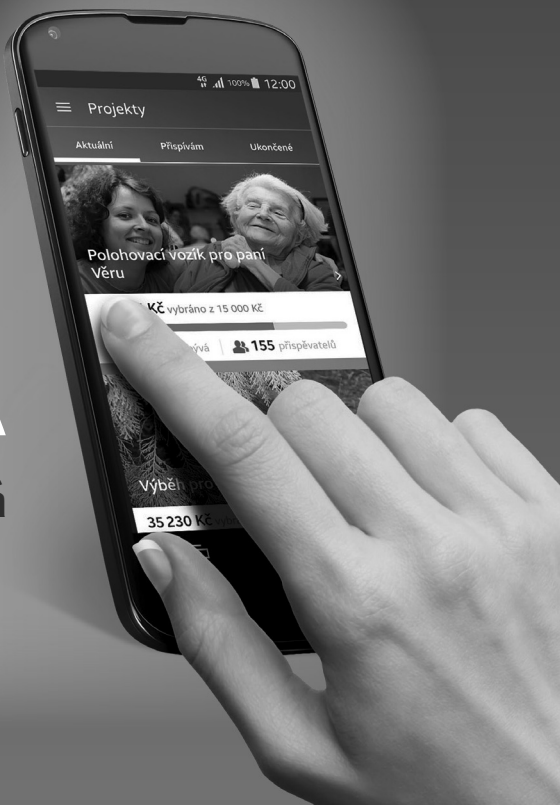
ISBN 978-80-904536-7-8

# Jedním prstem pohneme světem



## MELINDA

nová dárcovská  
aplikace



**ČESKÁ  
SPORITELNA**

Jsme Vám blíž.



**Aplikace Melinda nabízí jednoduchý způsob, jak přispívat potřebným.**  
Vybrat si nyní můžete z dvanácti projektů. Vše si snadno a pohodlně nastavíte na svém mobilním telefonu.

„Koncept potenciálu pro úzdravu je v posledních letech velmi frekventovaným tématem v oblasti léčby závažnějších poruch duševního zdraví, jako jsou psychotické poruchy, poruchy osobnosti a v neposlední řadě též poruchy závislostního okruhu. Tyto poruchy lze léčit, trvá však otázka, zda je lze také vyléčit – s tím souvisí další otázka, zda případný cíl úplného vyléčení je vůbec smysluplný. Nemoc jako důležitá životní událost se vždy nějak vplétá do příběhu člověka a její místo v tomto příběhu zdaleka nemusí být výhradně negativní. Pojem úzdravy a potenciálu pro úzdravu tuto existenciální danost respektuje a vyhýbá se často neplodným odborným polemikám, zda tu či onu duševní poruchu lze ‚vyléčit‘ (a u koho); jeho další výhodou je praktická orientace a srozumitelnost pro pacienty i terapeuty.“

*Kamil Kalina: Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii*

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-7-8



Generální partner SANANIM z. s.