

# Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby



RIESEL, P.

**Citace:** Riesel, P. (2017). Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby. *Adiktologie*, 17(1), 56–62.

Identita (bytí) člověka není utvářena pouze genetikou a biologií, výchovou a vlivy psychosociálními, ale také duchovními oblastmi. Např. potřebou uvědomovaného smyslu života, naděje, víry, významem lásky a soucitu, potřebou pravdy, práva a svobody, tedy celkovou úrovní a obsahem spirituality. Tyto potřeby a náležitosti mohou chybět, mohou být nevědomé, mnohdy spíše tušené, jindy vědomé, ale frustrované, tedy neuspokojené. Potřeba objevovat, uvědomovat si a uspokojovat tyto potřeby by měla být připomínána, protože mohou být vytěsňené a překryté orientací na konzum, hédonismus či občanskou lhostejností. Zabývání se duchovními oblastmi našich pacientů postižených závislostí může být významnou pomocí pro úzdravu pacientů. Spirituální přístup rozšiřuje, obohacuje a doplňuje náš pohled na charakter závislých nemocí. Závislost postihuje člověka nejen psychosomaticky a sociálně, ale i duchovně, což může vést ke změnám jeho identity, bytí. Integrace spirituality s psychoterapií poukazuje i na možnost inspirace ze strany klasických religiozních systémů (Norcross, Goldfried, 2005, in Vybíral, Z., Roubal, J., 2010, p. 596). Tato práce vybízí k diskusi o propojenosti psychoterapie a spirituality s morálkou a etikou. Spiritualita i religiozita mají vztah k průběhu a výsledku léčby pacientů závislých na drogách (Stewart, Ch., 2004).

## ● CO JE SPIRITUALITA?

Je to duchovní, mimosmyslová, mimozkušenostní oblast lidské existence, nejčastěji zjednodušeně konkretizovaná jako zakotvení člověka v řádu bytí.

Spiritualita člověka je součástí jeho podstaty. V sekulárním pojetí je to zkušenost uložená v paměti, která se utváří během celé evoluce. Je součástí v paměti internalizované historie.

Pojmy spiritualita a identita jsou v textu vztaženy pouze k problematice závislých osob na drogách. Jejich univerzální význam je v textu záměrně opomíjen. Náboženské spirituální potřeby, jako jsou např. víra, naděje, potřeba boha, jsou tradiční a historicky zažitá, bývají i rezervou a archetypální výbavou obecně pro stav nouze. A to i u osob sekulárně zaměřených.

Náboženské systémy jsou podle M. Machovce (in: Riesel, P., 2012) nositelem etiky a morálních hodnot daleko více než instituce současné společnosti. Připomínejme si více biblické desatero. Jsou lidé, kteří během života podléhají oběma druhům spirituality, sekulární i náboženské (Einstein, A., 1993). T. Halík (2008) navíc vyznává i spiritualitu nelhostejnosti a zmiňuje se současně o tom, že mnozí lidé věří a vztahují se k „něčemu“, nazývá je „něcisty“. Významný je přínos současného 14. dalajlámy Tändzina Gjamccha (2012), který je toho názoru, že musíme najít cestu jak přemýšlet o duchovnosti a etice, aniž bychom do toho míchali náboženství. L. Heryán (2016) navíc uvádí jiný dalajlámův výrok, že nejlepším náboženstvím je to, které tě udělá nejlepším člověkem. I proto máme být v kontaktu se svou spiritualitou, protože má individuální a osobní aspekt, pozitivně rozvíjí osobnost a může to být cesta k osobním životním hodnotám a lidství, moudrosti a smyslu života (Doležalová, P., 2005).

Spiritualita je v textu záměrně redukována na oblast duchovních potřeb, převážně sekulárních. Spiritualita dle Anonymních alkoholiků (AA, 1989) pomáhá redukovat abúzus alkoholu. Jedno z pravidel 12 kroků AA doporučuje obrátit se na boha jako na silnější existenci. Snažím se to interpretovat sekulárně, že se pacienti mají obracet k síle, která v nich teprve vzniká a dále se vyvíjí (silnější ego), budou-li o to usilovat, i když W. Williams (in: Grof, S., 1993) soudí, že nejlepším lékem na drogovou závislost je hluboká

náboženská konverze. To je v českém prostředí výjimečné. Mám za 56 let ambulantní péče o závislé zcela ojedinělou zkušenost s pacientem, který byl v péči křesťanského domova Exodus ve Vlašimi pro mladé lidi do 30 let v nouzi.

### ● JAKÉ DUCHOVNÍ POTŘEBY MÁME?

Hlavní duchovní potřebou je víra a vědomí, že lidský život má smysl. Ten ale není zaměřen na konkrétní cíl či budoucnost, proto nemůže být úplně vyjádřen konečným pojmem. Je to hodnota instrumentální, je to cesta. Významná je potřeba sebeúcty. Nemá-li člověk rád sám sebe, necítí se dobře v tomto světě. Lásky k zvířatům může posilovat pozitivní vztah k lidem a tím posilovat sebeúctu. Mezi spirituální potřeby patří i zbavování se pocitu samoty, marnosti a odcizení. Důležitá je potřeba přátelství, lásky v obecném slova smyslu. Člověk má potřebu náruče, která poskytuje empatii, soucit, blízkost a solidaritu. Mezi spirituální potřeby patří i spravedlnost, ideály, zbavování se viny, byť metafyzické a smířlivý vztah ke konečnosti života. Jiného druhu je potřeba životního řádu, tedy cesty, která směřuje k rovnováze a perspektivě.

### ● ALKOHOL A DROGY

Mají za následek poškození nejen biochemie a neurobiologie buněk a tkání, ale také poškození duchovní oblasti člověka, což se projevuje především v jeho prožívání, hodnocení a chování, které dokládá postupný úpadek osobnosti. Pacientům závislým na drogách postupně uniká smysl a hodnota života. Prožívají nudu a prázdnotu, mají poruchy nálady, životní prožitek a perspektiva je vztahovaná pouze ze dne na den. Nuda a prázdnota mívá za následek potřebu náhrady tzv. adrenalinových vzrůsení a zážitků, což droga ne vždy poskytuje. Chování naučené bezmocnosti dokládá jejich existenciální frustraci. V extrémním případě pacient zanedbává svůj zevnějšek, výživu a hygienu. Běžný život se stává zátěží. Dominantně pravdivý prožitek pacientů je postupně neúspěšně maskovaná frustrace ze sebe sama, objevují se suicidální ideace a tendence. Nejspíš nejde jen o depresi, ale také o projevy opotřebovanosti a úpadku, o strategii úniku z neřešitelné situace. I jiné formy autoagrese jsou projevem sebedestrukce. Úpadek duchovní oblasti závislého lze sledovat nejen v oblasti psychosociální, ale i v oblasti existenciální. S úpadkem spirituality bývá spojen i úpadek identity závislého, přičemž identitou je myšlena hodnotová podstata člověka, jeho sebepojetí. Uvedené skutečnosti se opírají o prosté pozorování.

### ● HODNOTNĚJŠÍ DOKLAD ÚPADKU OSOBNOSTI ZÁVISLÝCH PACIENTŮ

P. Jeřábek cituje (2003, 2006, 2007) Votýpkovou s Tylem, Neradovy a Mikotu, kteří psychologicky vyšetřili některé své závislé pacienty. Ve struktuře jejich osobnosti se projevuje slabost jejich self s narcistickým konfliktem a krizí

s následnou autosanací alkoholem či drogou, raně je narušena jejich sebeúcta. Jeřábek uvádí vzorek 90 toxikomanů vyšetřených Rorschachovým testem a zjistil, že ve 40 % případů je mj. možno interpretovat jejich obrany v rámci konceptu nízké úrovně osobnostní organizace. Tyto skutečnosti u drogově závislých pacientů jsou dle Jeřábka primární (premorbidní), nejsou vyvolány účinkem návykové látky. Otázkou je, zdali se tyto skutečnosti projevují u lidí, kteří drogy neberou.

### ● POŠKOZENÍ SPIRITUALITY DROGOVĚ ZÁVISLÝCH PACIENTŮ PŮSOBÍ I ZMĚNY JEJICH IDENTITY

Poškození lze zkoumat a hodnotit dle strukturovaného interview organizace osobnosti STIPO (Riegel, K. et al., 2015), což je alternativní model v kontextu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Interview se zabývá 7 dimenzemi: identitou, kvalitou objektivních vztahů, primitivními obranami, rigiditou, agresí, morálními hodnotami a testováním reality. Vyhodnocením těchto složek se hodnotí stupeň adaptivního chování jedince a rozsah, v němž je každodenní fungování ovlivněno maladaptivními vzorci. Osobnostní fungování lze považovat za zřetelnou manifestaci organizace osobnosti. Je to jeden z nevlivnějších faktorů predikce pravděpodobného průběhu a výsledku léčby. Tyto změny u osob závislých na drogách se odborně nazývají difúzí identity (Ericson, E., in Riegel, K. et al., 2016), jsou příznakem narušení identity osobnosti.

### ● SPIRITUÁLNÍ PŘEDPOKLADY PRO VZNIK ZÁVISLOSTI

Podstatným předpokladem je mj. absence smyslu života, duchovních hodnot a aktivit, nedostatek pokory, nevyvážené zaměření se na materiální zisky a i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které jim přináší (Kudrle, S., in Kalina, K., 2008).

### ● FILOZOFICKÝ PŘÍSTUP

J. Cvekl (1966) je toho názoru, že alkoholismus není jen nemoc v běžném klinickém smyslu, ale že jde zároveň o poruchu, která nám leccos říká k základnímu filozofickému problému, čím vlastně je člověk, jeho subjektivita, je-li nucen jednat ve světě, do něhož se zrodil. Alkoholismus (z dnešního pohledu i ostatní formy drogové závislosti) je jednou z forem nebo cest, jimiž se lidé zpravidla pod vlivem mechanismů, kterým nerozumějí, snaží docílit vystupňování životních sil primitivním a zároveň fiktivním způsobem.

Jiní autoři se zabývají i otázkou, jak a proč závislost vzniká. Maslow citovaný R. Walschem a F. Vaughanovou (2011) konstatuje, že se závislost mj. odvíjí od touhy po zážitcích, která tvoří nejnvtitnější složku lidské podstaty. Touto metapatologií se lidé pokoušejí vyplnit skrze zástupné prožitky a kompulzivní konzumaci drog existenciální va-

kuum a frustraci, která je obklopila mj. v důsledku odmítnutí či nenaplnění duchovních potřeb.

Tito lidé trpí fixacemi, obsesemi a disociacemi, postrádají silné ego, s jehož pomocí by mohli ovládat záchvěvy hněvu, pudových reakcí a nutkání. Nevědomý hlad po transpersonálních prožitcích je jedním z kořenů závislosti. Dle C. Junga (1992) je závislost projevem duchovní žízne po celosti, kterou se rozumí harmonická integrace fyzických, emočních, duševních a duchovních aspektů života a společenské zodpovědnosti. Závislý člověk zřejmě nevědomě hledá jakési chybějící složky života a snaží se je kompenzovat. Zneužívání drog je projevem, ne podstatou poruchy. Je úlevou pro nevyzrálé osobnosti, které se nemohou zbavit svých nežádoucích emocí útokem či útekem. Své emoce pomocí drog zmrazí, potlačí a opouzdří (Kooyman, 1993, in Kalina, K., 2012). Intoxikace drogou bývá doprovázena spirituálním zážitkem, kdy se individuální hranice vytrácí a bolest se rozplyne. Alkohol navíc stimuluje mystické schopnosti (James, W., in Kudrle, S., 2010).

### ● JAK DISKUTOVAT S PACIENTEM OTÁZKY JEHO SPIRITUALITY?

Na to nelze přímo odpovědět. Záleží na zralosti terapeuta, na jeho invenci a schopnosti improvizace. Je nutno odhadnout, kdy se to hodí, kdy je pacient přístupný a otevřený. Záleží tedy hlavně na léčebném vztahu s pacientem a na dynamice terapeutického procesu. Je znám výrok J. Prochasky a C. Norcrosse (1999), že terapeutický vztah má největší podíl na změně. Ten je právě zapotřebí ve světě, ve kterém, ač se setkáváme, také se mjíme. Méně známý je výrok M. Frouzové (2016), že důležitá je dovednost terapeuta.

### ● JSOU RŮZNÉ NUANCE LÉČEBNÉHO VZTAHU

Léčebný vztah v individuální terapii je odlišný od terapeutických vztahů ve skupině nebo v komunitě. Psychoterapie se uskutečňuje v interpersonálním vztahu, který je nutno umět navázat, udržet v dlouhodobém léčebném procesu a případně jej ukončit nebo pozměnit ve vztah jiný. V budování terapeutického vztahu jsou četná úskalí. Léčebný vztah může být mj. ovlivněn terapeutem, jeho zaměřením, které nemusí být zcela adekvátní té či oné léčbě konkrétního pacienta či pacientů. Například v Jungově psychoterapii je nutno zvážít problematiku nevědomí a archetypů v psychoanalýze individuálního nevědomí. U A. Adlera hraje roli pocit méněcennosti a touha po moci, u S. Freuda jde o vliv nevědomé erotiky a sexuality. Hodnotné doporučení poskytuje E. Fromm (1997), který doporučuje posilovat v terapeutickém vztahu pacientovy sebeúzdavné síly, aby nevyžadoval tolik pomoc zvenčí, nespolehal na ni, stal se postupně svobodnějším a zbavoval se své touhy po podrízenosti, která se projevuje přáním dostat radu, pokyn a program jak žít. V psychoterapii jde mj. o to zbavit

se své poráženecké filozofie (Elis, J., 1989, in Vybíral, S., Roubal, J., 2010).

Terapeutovo charisma není podstatné, léčebnému vztahu se musí učit. H. Sullivan odlehčuje problematiku léčebného vztahu výrokem, že se psychoterapie uskutečňuje ve vztahu mezi dvěma lidmi, z nichž jeden je úzkostnější než druhý.

V individuální psychoterapii má pacient více z terapeuta, s jehož hodnotami a názory se může více ztotožnit. Terapeut může poskytovat přijatelnější otcovskou či mateřskou figuru, může ji i nahradit či doplnit, pacient může napodobit hodnoty a životní styl terapeuta nebo se s nimi ztotožnit. Terapie postrádá zpětné vazby, které však bývají často nehodnotné, jde-li o ad hoc uměle vytvořenou skupinu z nových nemotivovaných pacientů. Při psychoterapii nezáleží až tak na metodě, jako na psychoterapeutovi samém. Terapeut má myslet na pacienta a ne na sebe, má být schopen a ochoten mobilizovat sám sebe a v léčbě používat celý svůj lidský fond. Má poskytovat inspirace, odezvy, má informovat, motivovat, poskytovat porozumění, empatii, podporu a povzbuzení. Nesmí oslňovat ani oslepovat. Jsou i jiná úskalí, z obou stran je nutno respektovat jistou distanci. Přenos je vítán a má být interpretován.

Individuální terapie není jen osobní pomocí, byla v průběhu vývoje sekulární psychoterapie i zdrojem vzniku teorií a modelů, které vycházely z osobnostních kazuistik. V. Břicháček (2011) uvádí, že některé významné psychologické teorie byly založeny nikoliv na nějakých hromadných zkoumáních, ale na případech i jediného hodnoceného individua. S. Freud napsal svou teorii o hysterii jako kazuistiku Anny O., I. P. Pavlov vytvořil svou teorii podmíněných reflexů na základě studia dvou či tří psů. Kohler na základě sledování jedné opice vybudoval celou teorii gestaltismu.

Ve skupinové psychoterapii je podle S. Kratochvíla (2009) a D. Yaloma (2003) významnou složkou léčebného vztahu skupinová koheze. Je nutno zmínit, že přílišná koheze může být také projevem degenerace skupinového terapeutického dění, když se skupina pacientů mění v přátelskou partu, která se vzájemně podporuje. V takové skupině zpětné vazby postrádají terapeutický význam.

V režimové a komunitní péči je léčba zaměřená na změnu chování prostřednictvím kognitivních a behaviorálních procesů. Nabídka této péče je: poznej své disfunkční fungování (hodnocení, názory, postoje, chování), poznej jeho zdroje a rozhodni se je změnit (Remeš, P., 2013). K. Kalina (2011) zmiňuje jeden ze základů účinné léčby v terapeutické komunitě. Je to víra, že růst a rozvoj jsou neodmyslitelnou částí lidského bytí a že starat se o druhé je měřítkem lidskosti.

Blízko léčbě spirituality u drogově závislých byl již J. Poněšický (1975), který se věnoval fenomenologické metodě. Vyjádřil se k diagnostice a k léčbě závislých na alkoholu takto: „...při diagnostikování stále jen klasifikujeme,

z chování vyvozujeme určité vlastnosti, podle určité psychodynamické koncepce vybíráme události z pacientova života a řadíme je k sobě. Vkládáme mezi sebe a pacienta naše kauzálně-logické uvažování, určité odborné pojetí i osobní postoj. Tak se diagnóza vzdaluje od skutečného pacienta ke zkonstruovanému schématu a vzdaluje se možnost, že bude východiskem psychoterapie, neboť v anamnéze a v diagnostickém závěru se nedočteme nic o vnitřním světě pacienta, o hodnotách, touhách a pocíťovanému smyslu jeho života. Fenomenologická psychoterapie považuje některé současné psychoterapeutické směry spíše odvozené z metodologie přírodních věd, což je redukováná lidská zkušenost.

Proto léčba nemá být orientovaná pouze na nemoc, traumata, konflikty a újmy, ale také na bytí zde“ (Poněšický, J., 2004).

### ● PŘÍSTUP K LÉČBĚ ZÁVISLÝCH

Již přiblížení se k duchovní oblasti pacienta je obtížné. Při běžném klinickém vyšetření nám není tato oblast dostatečně zpřístupněna. Pacienti se při poskytování anamnézy této problematice vyhýbají. V psychoterapii, zvláště v úsilí oslovit duchovní oblast pacienta, je obvyklé, že „pohled do hloubi“ je vždy překryt záležitostmi všedního života. Pacienti rádi uvádějí své obtíže sociální a rodinné, vztahové, ekonomické, zdravotní následky své závislosti spíše tají. Proto J. Růžička (2010) doporučuje orientovat vyšetření a léčbu ke kreativnější alternativě vnitřního vývoje pacienta. Náš terapeutický přístup při snaze diskutovat pacientovu spiritualitu bude muset být poněkud odlišný od našeho přístupu, když vyšetřujeme klinicky definovatelné syndromy, jako jsou abstinenní obtíže, craving apod.

Léčba duchovní oblasti drogově závislých musí především upřednostňovat a respektovat obecné principy léčby drogově závislých. Tj. včasnou intervenci, podporu motivace, individuální přístup, přičemž optimální je úsilí o dosažení abstinence od drog a prevence relapsu. Léčba duchovní oblasti je léčba přídatná, doplňující, není nutná u každého pacienta. Nesmí omezovat nebo vytlačovat jiné terapeutické přístupy. Léčba spirituality má být především zaměřena na otevření se a uvědomění si potřeby uspokojit frustrované či chybějící duchovní potřeby. Úspěšným léčením poruch spirituality je míněna údrava, což je stav, kdy se člověk naučil žít s omezením, případně se svou anomalií či slabostí ega, pokud neusiluje o změnu, o posílení svého já.

T. Halík (in Remeš, P., 2013) je toho názoru, že se máme snažit, aby pacient změnil svůj vztah k svému životu. Pokud proti rezignaci a sebedestrukci nepostaví silnou touhu žít a žít jinak než dosud, pak všechny pokusy o údravu stojí na písku.

### ● JAK DISKUTOVAT SPIRITUÁLNÍ PROBLÉMY S PACIENTEM?

Není účelné ptát se pacientů, jak vnímají a naplňují smysl svého života. To je pro mnohé pacienty naléhavá a nesrozumitelná otázka, na kterou neumí krátce a výstižně odpovědět. Proto je vhodnější zeptat se spíše na to, jaká mají předsevzetí, plány a možnosti. Je účelné zeptat se, jak se cítí na tomto světě, jak jsou spokojeni se svým životem, se svou povahou, se svou sociální rolí, se svou vizáží. V psychoterapii je vždy prospěšné zeptat se pacientů, jaké mají dobré vlastnosti, co kdy udělali dobrého a užitečného, aby byl důvod a možnost je ocenit a pochválit. Ne vždy je vhodné se ptát, zda cítí nějakou vinu. Přízná-li pacient, že ho trápí vina, je možné diskutovat, za jakých okolností a dosažených změn v chování je možné si začít odpouštět.

Někteří pacienti mohou na pokus terapeuta věnovat se jejich spiritualitě reagovat negativně a říkat, že o takových věcech vůbec nepřemýšlejí, že na svém životě vůbec nelpí. V tomto případě je možné a žádoucí pochválit nějakou součást jejich oblečení nebo účes a vnímat, jak na to reagují. Reagují-li živě a jsou-li potěšeni, je možno z toho usoudit, jak příliš prožívají, že jim na životě nezáleží.

### ● LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ZAMĚŘENÁ NA DUCHOVNÍ OBLAST

Porucha spirituality drogově závislých je stav léčitelný. Tato terapie bývá hodnocena jako doplněk jiných forem léčby, může však zprostředkovat intenzivní prožitky, které mohou významně narušit patologické struktury osobnosti. Léčba není zaměřena na normalizaci pacienta, spíše na jeho humanizaci. E. Fromm (2015) to posiluje názorem, že se člověk má vztahovat především ke svému bytí, protože je předurčen k svému dalšímu vnitřnímu růstu, především duchovnímu a mravnímu.

V současné době je léčba spirituality zaměřena především na analýzu existenciální skutečnosti. Jedním z předpokladů existenciální terapie je tvrzení, že život může dávat smysl a že lidé jsou schopni naplňovat smysl života svým osobním postojem k životu navzdory zdánlivé nesmyslnosti, chaosu či absurditě (Van Deurzen, 2002, in Vybíral, Z., Roubal, J., 2010). Existenciálně analytický přístup vychází z logoterapeutické školy V. E. Frankla (2006) a jeho žáka A. Laengleho (2001) i S. Laengleho a M. Sulce (2007). Základní motivací je vztah ke světu, k sobě a budoucnu. Existenciální analýza překračuje hranice běžné psychoterapie tím, že vyslovuje hodnotové soudy a prohlašuje, že se jí týkají morální problémy. P. Remeš (2013) cituje Frankla, že člověk potřebuje ke svému zdraví nejen uskutečňování vlastního já, ale i uskutečňování transcendentních hodnot. Koncepce vychází ze skutečnosti, že člověk je duchovní bytost a duchovnost je základ jeho existence. Cíl existenciální analýzy je dopomáhat člověku k autenticky prožívanému přitakání vlastního životu. Základní existenciální pojetí motivace jsou:

přijetí okolností života, příklon k hodnotám, úcta k sobě, shoda s výzvou situace. Cílem je vždy hledat, zjišťovat, podporovat a rozvíjet přijetí vlastního světa. To může být cenným pomocníkem k destigmatizaci duševně nemocných, protože naznačuje relativitu v tom smyslu, že i tzv. normální či zdraví lidé museli během svého života také překonávat rozlady, úzkosti a jiné obtíže, které jiní lidé nezvládli a stali se psychicky nemocnými.

## ● LOGOTERAPIE

Mnoho lidí, i když netrpí zjevnými emočními poruchami a psychosomatickými příznaky, žije neuspokojivým a nenaplněným životem, který V. Frankl nazval noogenní depresí projevující se ztrátou životního smyslu (in Grof, S., 1993). J. Kočárková (2007) uvádí, že ve Franklově knize *Člověk hledá smysl* je zdůrazňována Nietzscheho myšlenka: „...že člověk je schopen přežít téměř jakékoliv JAK, pokud má svoje PROČ“. Frankl založil svou logoterapii na potřebě vůle ke smyslu.

V logoterapii se nabízí objevování hodnot a smyslu. Smysl života je svou povahou nekonkrétní a má ho každý sám naplňovat, to znamená, že člověk o své lepší budoucnost musí usilovat sám. Prožitok smyslu, tedy úkol, který má být splněn, však obsahuje už sám o sobě silný ozdravný potenciál (Frankl, V., 2006), podobně P. Tavel (2007). Skromnější a srozumitelnější pojem než smysl života je životní úkol či předsevzetí, což má blíže k rozvoji a uplatnění všech kladných potenciálních schopností (Riesel, P., 2015). Smysl života u závislých na alkoholu studovali D. Samková a M. Dolejš (Adiktologie, 2014/2) a zjistili u vzorku 21 mužů věkového průměru 40,9 let, že léčba může napomáhat přehodnocení smyslu života.

## ● PSYCHOTERAPIE V GESTALTTERAPII

Slovo Gestalt znamená tvar, celek, resp. utváření a vyjadřuje poznatek, že naše percepce či prožitky jsou determinovány našimi potřebami, které směřují k jakémusi uzavření či naplnění, tj. k nastolení rovnováhy (Rektor, J., 2008), podobně G. M. Yontef (2009).

Tento terapeutický přístup, který se opírá o víru v lidské možnosti (in Vybíral, Z. et Roubal, J., 2010), je fenomenologický přístup zaměřený na terapeutický proces. Já a ty, tady a teď. Místo přenosu reálný kontakt, místo volných asociací a interpretační dialog a existenciální fokusování. Odpor se neláme, podporuje se sebedopora sestávající ze sebezpoznání a sebeakceptace. Léčení se uskutečňuje při setkání. GT není terapií interpretační, je to terapie přímou účastí (Bowman, 2005, in Vybíral, Z. et Roubal, J., 2010). GT je zaměřena na sebezpečení, sebevyjádření, na seberealizaci. Je zaměřena na spirituální změnu, důraz je kladen na svobodu a na zodpovědnost. Tak jako ostatní humanistické terapie je i gestaltterapie zaměřena na zvyšování lidského potenciálu. Cílem není vyřešit problém, důležité je, aby pa-

cient směřoval k vlastnímu zrání. Proto musí projít bolestivým procesem růstu. Zralost se projevuje mj. jako přechod od zevní podpory k sebedopore. Zdůrazňuje se, že zážitek je důležitější než interpretace. Stud a vina jsou negativní reakcí self. Zahanbený člověk potřebuje lásku a potvrzení sebe. Obecně platí, že pacient má být veden k tomu, aby se učil zodpovědnosti, současně byl k sobě soucitnější a byl schopen si odpouštět. Musí k tomu dozrát, zasloužit si to. Například nějakou dobročinnou činností.

Vůdčí autoritou není terapeut či teorie, ale pacientova zkušenost. Psychoterapie je spíše otázkou pravdy než léčení nemoci.

## ● DASEINANALYTICKÁ TERAPIE

J. Růžička (2010) nabízí daseinanalytickou terapii. I tento přístup vyjadřuje úsilí porozumět bytí. Nevysvětluje člověka jako zdravého či nemocného, zkoumá lidskou existenci. Bazální léčebnou metodou je rozhovor, jehož aspekty jsou respekt, naslouchání, účast, přijetí, rozšiřující dotazování, hledání významu nejen řečeného, ale i mluveného. Růžička si sám dává otázku, zdali je tato metoda vhodná pro léčení závislých osob, a říká, že se spíše nedá opomíjet, chceme-li v léčbě postoupit dále a hlouběji než jen k syndromu závislosti a jeho sociálním dopadům. Léčbou nemůže být jen režim a direktivní přístup, ale také soucitná účast a hřejivá přítomnost. V daseinanalýze nejde o zvědomění nevědomého pochopení minulého či naučení se novým mechanismům a způsobům chování i myšlení, jde o konkrétní úsilí nalézat, obnovovat a udržovat pravdivost vlastního bytí. U závislého pacienta to znamená zbavit se fasád, obran, lží, polopravd a podvodů, vyhýbavosti.

## ● SOUHRN

Tento text se nezabývá všemi ostatními způsoby léčby duchovna a psychospirituální krize obsažených v práci S. Kudrleho (2010), ač by si to zasloužily.

Terapeut, který se nezabývá logoterapií, existenciální analýzou, daseinanalýzou či gestaltterapií nemusí cítit handicap, pokud s těmito metodami není seznámen. V současné době začíná převládat názor, že psychoterapie má být šitá na míru (tailored), má odpovídat potřebám konkrétního pacienta, což dokumentuje nárok promyšlet terapii mimo mantinely svého přístupu. Terapie duchovna není vždy nutná a není vždy u každého uskutečnitelná. Z. Vybíral a J. Roubal (2010) uvádějí, že neexistuje žádný, jedině správný psychoterapeutický způsob léčby.

P. Doležalová (2005) uvádí, že lékaři a terapeuti podceňují důležitost spirituality při uzdravování z drogové závislosti. I při vši empatii, účasti, blízkosti a průvodcovství D. Yalom zmiňuje (2003), že je důležité říci pacientům, že život je někdy tvrdý a nespravedlivý. Z případné lidské strasti není úniku, musí se vydržet a překonávat. Někteří autoři nabízejí optimističtější postoje, například L. Heryán (2016)

uvádí, že ze všeho nakonec existuje cesta ven, hlavně se nevzdávat. Za zmínku stojí názor Václava Havla, že život nabízí existenciální spoluúčast nad zázrakem bytí.

D. Yalom (2003), který pravděpodobně neléčil závislé pacienty, nám také doporučuje, abychom byli pacientovi oporou. Máme pro každého pacienta vytvářet trochu jinou terapii. Nemáme za pacienta rozhodovat. Máme se zabývat pacientovými výročími, např. narozeninami. Máme povzbuzovat sebeodhalení pacienta, čemuž pomáhá, když odhalujeme sami sebe. Tak jako J. Růžička (2010) tak i D. Yalom doporučují, že se máme odpoutat od problému závislosti k základním interpersonálním problémům, které živily, byť částečně, pacientovu naléhavou potřebu užít drogu. D. Yalom má tu zkušenost, že když se odstraní překážka růstu, které nespecifikuje, k zlepšení pacienta dochází automaticky, je-li živěn vnitřními silami sebeaktualizace. Když se nám podaří během léčby utlumit pacientovu potřebu drogy, spíše se setkáváme s jeho prázdnotou, s jeho neschopností těžit ze svých rezerv, neboť je nemá. Proto ho musíme neustále stimulovat a obohacovat účelnými podněty, poskytovat mu posilující zážitky a manipulovat ho k aktivitě.

Ve studované literatuře mě oslovil názor, že model člověka obsažený v určité psychoterapeutické teorii může ovlivnit, které lidské vlastnosti a schopnosti má léčba oslovovat a kultivovat a které naopak mají být opomenuty a potlačeny, kterých se má pacient vzdát (Prochaska, J. et Norcross, C., 1999).

Pacienti by se měli zbavit své neproduktivní orientace v asimilačním a společenském procesu, lhostejnosti, narcismu a stažení se do sebe (Funk, R., 1994). Měli by se zbavit i racionalizace, že za jejich nepříznivý průběh života může osud, životní podmínky či rodina. Psychoterapie, zvláště je-li zaměřená na spiritualitu a případně religiozitu, je posilou, která nabízí pacientovi možnost usilovat o změnu. Tomuto názoru je blízká i definice Balcarova, že psychoterapie má poskytnout výživné, ochranné a léčivé duševní a duchovní látky (náměty), energii a informace. Smysl a hodnota psychoterapie je v jejím určení pomáhat lidem v jejich selháních, utrpeních a nemocech. Nepatří do postavení pou-

hého technického nástroje k „normalizaci“ člověka ani do postavení jeho pozemské cesty ke spáse (Balcar, K., in Andrlová, J., 2005).

Účinná psychoterapeutická intervence je hodna svého označení jen tehdy, dotkne-li se silně emočně pacienta. To však nemůže vyvolat emočně odtažitý terapeut. Teprve tehdy, když se terapeut otevře pro nový pohled pacienta, získává nemocný možnost vnímat se a rozvíjet se v tomto novém pochopení a náhledu (Poněšický, J., 2004).

## ● ZÁVĚR

Text vybízí k diskusi o přínosu psychoterapie v léčbě osob závislých na drogách obecně a zvláště, je-li také zaměřena na spirituální a případně religiozní oblast pacientů. Text nabízí dostatek informací a námětů. Psychoterapie není jen naší všední činností, vědeckým instrumentem nebo uměním. Má existenciální přesah a humanistický étos (Zeig, J., 2005).

A. Schweitzer a A. Einstein, kteří se také zabývají etikou, nezávisle na sobě vyjádřili názor, že lidská budoucnost spočívá v tom, že každý člověk dle svých možností bude poskytovat lidem své lidství. Psychoterapie je součástí této snahy.

Nejen psychoterapie, ale i spiritualita a religiozita souvisí s etikou a morálkou. M. Vácha (in Sedláček, T., 2016) je toho názoru, že morálka i za dvacet let bude vycházet z biblického desatera. Budeme se neustále ptát po smyslu dění, budeme mít žízeň po pravdě, strach ze smrti, budeme si klást otázku, proč žijeme. To vše je obsahem spirituality, kterou se budeme muset v léčbě závislých, a nejen jich, zabývat i v budoucnosti.

Nabízím na závěr odlehčení: Saint-Exupéry, Malý princ – Ptá se zeměpisce, kterou planetu má navštívit. Zeměpisec mu odpověděl, že má dobrou pověst.

MUDr. Petr Riesel, CSc.  
OAT Kutná Hora, Mělník  
e-mail: riesel.vesela@volny.cz

## LITERATURA

- Alcoholic Anonymous. (1989). *World series Inc.*, pp. 67–76, NY USA.
- Andrlová, J. (2005). *Současné směry v české psychoterapii*, pp. 192–207. Praha: Triton.
- Cvekl, J. (1966). Etika a alkoholismus, in: *Protialkoholní obzor*, pp. 200–202, č. 6/1966, Bratislava.
- Doležalová, P. (2005). Spiritualita a zdraví při léčbě závislostí, in: *Adiktologie*, vybrané příspěvky, pp. 250–253, 2005/5, Praha.
- Einstein, A. (1993). *Jak vidím svět*, p. 7, Praha, Lidové noviny.
- Frankl, V. (2006). *Lékařská péče o duši*. Praha: Cesta.
- Fromm E. (1997) *Člověk a psychoanalýza*, Praha: Aurora.
- Fromm, E. (2015). *Umění milovat*. Praha: Portál.
- Frouzová, M. (2016). *Přednáška pro Společnost pro návykové choroby*, Apolinář, Praha.
- Funk, R. (1994). *Erich Fromm*, p. 83. Tübingen, Německo.
- Gjamccho, T., XIV. Dalajláma. *Respekt*, 25/2012, Praha.
- Grof, S. (1993). *Dobrodružství sebeobjevování*, pp. 188–189. Praha: Gemma89.
- Halík, T. (2008). *Dotkni se ran – spiritualita nelhostejnosti*, p. 44. Praha: Lidové noviny.
- Heryán, L. (2016). *Exotem na této zemi*, pp. 63 a 87. Praha: Portál.
- Jeřábek, P. (2003). Imanentní problémy toxikomanovy duše, in: *Adiktologie*, 2003/2, pp.38–42, Tišnov.

- Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti. Klinický pohled. In: *Adiktologie*, 2006/4, pp. 493–502, Praha.
- Jeřábek, P. (2007). Osobnostní charakteristika závislých a psychoterapie, přednáška pro Společnost pro návykové choroby, in: *Adiktologie*, abstrakta, 2008, pp. 16–20, Praha.
- Jung, C. G. (1992). *Analytická psychologie, její teorie a praxe*, pp. 121, 137, 139–141, 170–174, (Tavistocké přednášky). Praha: Academia.
- Kalina, K. (2011). Behaviorální přístupy v léčbě závislosti. *Psychoterapie a poradenství v adiktologii*, pp. 1–26, Praha: Portál.
- Kalina, K. (2012). *Bio-psycho-sociální model a jeho úskalí v teorii i v praxi*, pp. 1–42, přednáška Společnost pro návykové nemoci. Praha.
- Kočárková, J. (2007). *Logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla*. Plzeň, bakalářská práce, nepublikovaný text u autora článku.
- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kudrle, S. (2008). Ke kořenům spirituálních vlivů závislosti, in: Kalina, *Základy klinické adiktologie*, p. 19. Praha: Grada.
- Kudrle, S. (2010). *Psychosociální krize ve vztahu k adiktologii*, pp. 1–3, přednáška pro Společnost pro návykové choroby, Praha.
- Laengle, A. (2001). *Osobnostní existenciální analýza (PEA) jako terapeutický přístup*, pp. 1–18, český překlad K. Balcar. Praha: SLEA.
- Laengle, S., Sulc, M. (ed.). (2007). *Žít svůj vlastní život, úvod do existenciální analýzy*. Pp. 2–53, 65–77, 85–97, edice Spektrum. Praha: Portál.
- Machovec, M. (in Riesel, P.). (2012). *Protestují*. Dokument Městského úřadu v Plzni, p. 28, (neprodejný tisk u autora). Plzeň.
- Poněšický, J. (1975). *Fenomenologie alkoholismu*, pp. 1–8, přednáška na Psychiatrické společnosti JEP. Praha.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, pp. 17–29, včetně doslovu. Praha: Triton.
- Prochaska, J. E., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*, pp. 14–189, 218–285. Praha: Grada publishing.
- Rektor, J. (2008). Gestalt psychoterapie, in: *Gestalt on-line*, 1/1/2008, pp. 5–11.
- Riegel, K. et al. (2015). Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): Představení metody v kontextu DSM-5, in: *Psychiatrie*, 2015/1, pp. 20–27, Praha.
- Riegel, K. et al. (2016). Užitečnost alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. In: *Psychiatrie*, 2016/3, pp. 139–145.
- Riesel, P. (2012). *Protestují*. Dokument Městského úřadu v Plzni, text proti příznakům recidivy nacismu (neprodejný tisk u autora), pp. 27–28, Plzeň.
- Riesel, P. (2015). O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. *Adiktologie*, 2015/2, pp. 183–190.
- Růžička, J. (2010). *Ego – analýza – kritická studie*, pp. 9–12, 247–257. Praha: Triton.
- Růžička, J. (ed.). (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*, pp. 237–243, 251–258, 260–301, Praha: Triton.
- Samková, D., Dolejš, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, 2014/2, p. 159, Praha.
- Stewart, Ch. (2004). *American Journal of Pastoral Counseling*, vol.7/4, pp. 71–81.
- Tavel, P. (2007). *Smysl života podle V. E. Frankla*. Praha: Triton.
- Vácha, O. M. (in Sedláček T.). (2016). *Jak budeme žít za dvacet let?* pp.180–189. Praha: Euromedia.
- Vybíral, Z., Roubal, J., (2010). *Současná psychoterapie*, pp.33–38, 95, 164–169, 172, 297, 298, 318, 322, 325, 570, 596, 605, 611, 625–629, 633–635. Praha: Portál.
- Walsh, R., Vaughanová, F. (eds.). (2011). *Cesty přesažení ega: transpersonální vize*, pp. 199–219, 231–247, 362, 368. Praha: Triton.
- Yalom, I. D. (2003). *Chvála psychoterapie*, pp. 14–15, 34, 38, 46–86, 173, 206. Praha: Portál.
- Yontef, G. M. (2009). *Gestaltterapie*, pp.73–123. Praha: Triton.
- Zeig, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*, pp. 35–36, 44, 637. Praha: Portál.

## EUROPEAN DRUGS SUMMER SCHOOL

## V Z D Ě L Á V Á N Í

The European summer school on **Illicit drugs in Europe: demand, supply and public policies** (EDSS) 2017 will take place for the fourth time in Lisbon from 26 June to 7 July.

In 2017, it will host students not only from the EU but also from Latin America, the US, Africa and Asia. You can be part of this interesting, varied group of highly-educated students: there are still a few places left — don't miss the deadline and register by 2 June.

Source: <http://www.drugsummerschool.cies.iscte-iul.pt/np4/23/>