

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitativní práce

Tereza Michutová

*Spirituální dimenze sociální práce s lidmi
závislými na alkoholu*
Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Marta Lucie Cincialová, Th.D.

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v seznamu bibliografie.

V Olomouci dne 21. 4. 2011

Tereza Michutová

Poděkování

Ráda bych poděkovala ThLic. Martě Lucii Cincialové, Th.D. za její cenné rady a doporučení při tvorbě mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům, kteří mě podporovali.

Motto

„Bože, dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu,
odvahu změnit to, co změnit mohu
a moudrost jedno od druhého rozpoznat.“

(Modlitba poklidu hnutí Anonymní alkoholici)

Obsah

Úvod	1
1. Alkohol a syndrom závislosti.....	3
1.1. Návykové látky a jejich účinky	3
1.2. Droga za hranicemi své původní země	4
1.2.1. Drogy v České republice po roce 1989	4
1.3. Závislost.....	5
1.3.1. Syndrom závislosti	5
1.3.2. Odvykací stav.....	6
1.3.3. Carving neboli silná touha užít návykovou látku.....	7
1.4. Alkohol jako chemická látka	7
1.4.1. Slovo alkohol a historie	7
1.5. Alkohol jako návyková látka	8
1.5.1. Vliv alkoholu na člověka.....	9
1.6. Nemoc jménem alkoholismus.....	10
1.6.1. Ohrožení jedinci	11
1.7. Vývojová stádia alkoholismu podle Jellinka.....	12
2. Kořeny závislosti a hledání smyslu života.....	15
2.1. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	16
2.1.1. Biologické předpoklady	16
2.1.2. Psychologické předpoklady	16
2.1.3. Sociální předpoklady	17
2.1.4. Rodinné vztahy a výchova.....	18
2.2. Spirituální úroveň závislosti	19
2.2.1. Touha po “něčem vyšším”	19
2.2.2. Spiritualita.....	20
2.2.3. Mimořádné spirituální prožitky	21
2.3. Smysl života u lidí závislých na alkoholu.....	22
2.3.1. Smysl života jako nepostradatelná součást života.....	23
2.3.2. Nebezpečný nesmysl	24
2.4. Víra ve smysl a víra v Boha	24

3. Sociální práce s alkoholově závislými klienty s ohledem na jejich duchovní život	26
3.1. Léčebné programy zaměřené na spiritualitu klientů	26
3.1.1. Nebezpečí léčebných metod	27
3.1.2. Pád na dno	27
3.2. Léčba alkoholismu orientovaná na spirituální dimenzi	28
3.2.1. Terapeutická komunita Teen Challenge	29
3.2.2. Hnutí Anonymních alkoholiků.....	30
3.2.3. Výzkumy v oblasti spirituálně orientované léčby	31
3.3. Sociální práce s alkoholově závislými a abstinujícími klienty.....	32
3.4. Spirituální dimenze sociální práce	33
3.4.1. Postmoderní pohled na prožívání spirituality	36
3.4.2. Křesťanská spiritualita	36
3.4.3. Individuální plánování s ohledem na spiritualitu klienta	37
3.5. Pozice sociálního pracovníka v terapeutické komunitě	38
3.5.1. Definice terapeutické komunity	38
3.5.2. Náplň práce sociálního pracovníka v terapeutické komunitě	39
3.6. Pozice sociálního pracovníka v doléčovacím centru	39
3.6.1. Definice doléčovacího centra	40
3.6.2. Náplň práce sociálního pracovníka v doléčovacím centru	40
Závěr.....	42
Bibliografie	44
Seznam příloh.....	51

Úvod

Alkohol je legální návykovou látkou, která se paradoxně, vzhledem k její snadné dostupnosti, řadí mezi drogy s vyšším rizikem vzniku závislosti. Člověk, u kterého se závislost na alkoholu rozvinula, je zcela připoután k této droze (Nešpor, 2000). Podle Sournia (1999) je člověk otrokem alkoholu, který ho omezuje v jeho sociálním fungování, narušuje jeho psychické prožívání a může ho vést k vážným zdravotním komplikacím.

O alkoholu již bylo publikováno mnoho odborných knih a prací. Pověštinou jsou ovšem psány z lékařského nebo psychologického hlediska, tudíž poskytují jen částečný pohled na alkoholismus. Tato nemoc je však ve skutečnosti širokým a komplexním problémem, který si zaslouží pozornost i jiných disciplín. To potvrzuje také bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, který definoval Kudrle (2003) a ve kterém shrnul všechny významné činitele podílející se na vzniku i průběhu alkoholismu. Cílem této bakalářské práce je proto podívat se na problematiku alkoholismu z dosud opomíjeného zorného úhlu – z pohledu spirituality. Myšlenkou, ze které bakalářská práce vychází, je, že alkoholová závislost může být výsledkem nenaplněné touhy člověka po Bohu, respektive po vztahu s Bohem.

Díličními cíli je popsat léčebné programy typu Teen Challenge a hnutí Anonymních alkoholiků, kteří spirituálně orientovanými metodami léčí lidi závislé na alkoholu. Dále je cílem zjistit, jakým způsobem může sociální pracovník pracovat s klienty s ohledem na jejich duchovní život.

Užitečnost těchto cílů lze spatřovat ve skutečnosti, že spirituální stránka závislosti není v českém prostředí příliš známým a reflektovaným fenoménem (Nevšímal, 2004). Přesto u nás již několik let působí zmíněné léčebné programy Teen Challenge a hnutí Anonymních alkoholiků, které pracují s lidmi závislými na alkoholu a vedou je k prožívání vztahu s Bohem (Teen Challenge, 2001; Grofová, 1998). Sociální pracovníci se tak mohou ve své praxi setkat s klienty, kteří prošli tímto typem léčby. Měli by proto být připraveni, aby dokázali vhodně navázat na jejich započatou léčbu a efektivně jim pomohli v opětovném začlenění do společnosti.

Práce vychází ze studia odborných pramenů a z mých vlastních zkušeností získaných v rámci praxe v P-centru Olomouc. V bakalářské práci jsou využity anglicky psané zdroje v mém překladu.

Text je členěn do třech kapitol.

První kapitola pojednává o závislosti na alkoholu. Popisuje rizika vzniku této nemoci, definuje ohrožené jedince a zmiňuje se o důsledcích zvýšené konzumace alkoholu. Čerpá především z knih Jaroslava Skály a Karla Nešpora.

Druhá kapitola je zaměřena na příčiny závislosti. Vychází ze bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti Stanislava Kudrleho. Obecně popisuje první tři faktory a podrobněji se zabývá teprve spirituální příčinou závislosti. Dále je v kapitole rozebrána problematika smyslu života a jeho vztahu ke spiritualitě. Využity byly zejména publikace Kamila Kaliny, výsledky studie Veroniky Kavenské, dále knihy Petra Tavela a Petra Halamy.

Třetí kapitola blíže popisuje práci sociálního pracovníka s klienty léčícími se z alkoholové závislosti. Důraz je kladen především na spirituální programy léčby v komunitách Teen Challenge a ve svépomocných hnutích Anonymních alkoholiků. V závěru kapitoly je popsána pozice sociálního pracovníka v rámci terapeutické komunity a zařízení následné péče.

Problematiku alkoholové závislosti považuji za velice závažnou a hodnou celospolečenské diskuze. Alkohol je jako návyková látka z mého pohledu velice podceňován už jen tím, že jeho nadměrnou konzumací trpí téměř čtvrtina mužské populace v České republice (Popov, 2003). Léčba alkoholismu je postavena na celoživotní abstinenci, která je však ztížena faktem, že alkoholické nápoje jsou součástí téměř všech společenských setkání (Marhounová, Nešpor, 1995).

Proto je pro mě osobně velice zajímavým a neznámým fenoménem snaha některých léčebných programů o duchovní doprovázení lidí závislých na alkoholu. Zároveň je to však téma, které může přinést i mnoho otazníků v podobě obavy, zda závislost na alkoholu nebude nahrazena jen další závislostí na Bohu. Z toho důvodu jsem si za cíl své bakalářské práce zvolila právě toto téma.

1. Alkohol a syndrom závislosti

Kapitola pojednává o návykových látkách a o historii jejich užívání. Konkrétněji se zaměřuje na nebezpečí nadměrné konzumace alkoholu. Definuje syndrom závislosti, vývojová stádia alkoholismu, ohrožené jedince a popisuje vliv alkoholu na člověka.

1.1. Návykové látky a jejich účinky

Samotné slovo droga pochází z latiny a označovalo lék, nebo také prostředek, který v dobrém slova smyslu ovlivňoval lidský organismus. Původně se jednalo o přírodní látky. Později se však s rozvojem moderní vědy mnohem více začaly užívat syntetické drogy, které sebou ale přinášejí mnoho vedlejších účinků (Machalová a kol., 2010). Drogy můžeme definovat buď jako přírodní nebo jako chemické látky, které ovlivňují fyzický i psychický stav člověka a uspokojují lidskou touhu po změně vnímání. To je pozorovatelné již u malých dětí, které se rády dlouhou dobu točí dokola, dokud neztratí rovnováhu, upadnou na zem a dostanou se do jakéhosi stavu strnulosti a zrychleného dýchání. Hluboká touha po takové změně stavu vědomí odráží přirozenou touhu narušit běžné vnímání, snahu vnímat sebe sama v širším kontextu (Grofová, 1998). Člověk obecně v drogách hledá způsob, jak zintenzivnit prožívání radosti, euforie a nadšení nebo jak uniknout problémům a bolesti (Kudrle, nedatováno).

Návykové látky lze dělit na základě několika kritérií jako je například účinek, původ nebo vliv, který mají na uživatele. Alkohol, tabák, léky a těkavé látky jsou legálními drogami. Halucinogeny, konopné drogy, opiáty, stimulantia a taneční drogy jsou řazeny mezi ilegální drogy. Podmínky legálního zacházení s návykovými látkami a s přípravky obsahujícími tyto látky jsou konkrétně uvedeny v zákoně č. 167/1988 Sb., o návykových látkách, který v současnosti novelizuje zákon č. 141/2009 Sb..

Nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb. považuje za obecně ohrožující trestný čin nedovolenou výrobu a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, jejich přechovávání, nedovolené pěstování rostlin obsahujících

omamnou nebo psychotropní látku, výrobu a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu a v neposlední řadě šíření toxikomanie (§ 283-287 zákona č. 40/2009 Sb.).

1.2. Droga za hranicemi své původní země

Lidé od nepaměti užívali přírodní látky, které jim navozovaly pocit euforie a uvolnění. Díky účinkům takových látek se dostávali do extází a zažívali splynutí s přírodou, s Bohem, s vyšším principem (Janík, Dušek, 1990). Užívání alkoholu má kořeny již ve starých kulturách Středního Východu a Evropy, což nám dokazují mnohé legendy a mýty z té doby¹ (Dočkal, 2000, s. 63). Pro indiány v Jižní Americe bylo zase typické žvýkání lístků koky proti únavě nebo v Asii kouření opia pro lepší náladu. Příslušníci těchto národů neznali slovo závislost. Znali účinky drogy, uměli kontrolovat její působení a její užívání jim nepůsobilo v životě problémy a neomezovalo je v jejich činnostech (Vágnerová, 1999). Problém s drogami však započal ve chvíli, kdy překročily hranice své země. V době kdy se „ohnivá voda“ dostala mezi indiány v Severní Americe, napomohla dramatickému zániku jejich kultury a zvyků (Dočkal, 2000, s. 12). Jakmile se lístky koky začaly prodávat v Evropě, způsobily obrovský nárůst závislostí ve všech vrstvách společnosti. Dá se tedy říci, že ve chvíli, kdy droga opustila své přirozené území, stala se nebezpečnou. Lidský organizmus nebyl připraven na přijetí této cizorodé látky do těla, a když se dostavila, velice rychle začala celé tělo potažmo i osobnost uživatele ničit (Janík, Dušek, 1990).

1.2.1. Drogy v České republice po roce 1989

Problematika drogové závislosti byla v 2. polovině 20. století v české společnosti tabuizovaným tématem. Před rokem 1989 totiž v naší republice lidé závislí na návykových látkách „neexistovali“. Jejich chování se neslučovalo s modelem harmonické beztržní společnosti, a proto byli „skrýváni“ ve věznicích nebo velkých výchovných, sociálních a zdravotnických ústavech.

¹ I začal Noe obdělávat půdu a vysadil vinici. Napil se pak vína, opil se a odkryl uprostřed svého stanu (Gn 9, 20-21). Enkidu pil piva sedmero džbánů. Rozjařila se mysl jeho a počal zpívat. Zaplesalo srdce jeho, tvář se mu rozzářila (Epos o Gilgamešovi).

Změna přišla až po roce 1989, kdy náhlá liberalizace společnosti přinesla přechod k druhému extrému. Nabídka a distribuce drog se přesunula z uzavřených skupin ke komerčně fungujícímu černému trhu (Radimecký, 2006). Zejména otevření hranic zpestřilo drogovou scénu, uzavřené skupinky producentů se více propojily, rozšířily se řady experimentátorů a také se snížila věková hranice prvních uživatelů. V návaznosti na rychlý rozvoj drogové scény začaly být vládou přijímány Národní protidrogové strategie (Bém, Kalina, Radimecký, 2003, s. 33).

1.3. Závislost

Než začneme definovat samotnou závislost, je vhodné podotknout, že nelze zaměňovat závislost s návykem. Návykem rozumíme stav, kdy odnětí drogy nezpůsobuje extrémní bažení (*craving*), nevyvolává abstinenci příznaky a člověk je schopen na základě svého odhodlání a vhodné motivace s drogou skončit. Pokud se však jedná o závislost, není možné pouhým sebezapřením napravit posuny, ke kterým vlivem drogy došlo v psychické, fyzické a sociální rovině (Machalová a kol., 2010, s. 85).

Při pohledu do minulosti můžeme konstatovat, že dříve byla závislost na návykové látce považována za “nemoc vůle”. Takové tvrzení je v současnosti hodnoceno jako velice zavádějící a zjednodušené (Machalová a kol., 2010, s. 85). Přestože první experimenty s drogou jsou povětšinou konány svobodně, závislost z nich pramenící již není ovlivnitelná vůlí. Drogová závislost je proto řazena mezi nemoci centrální nervové soustavy, které lze diagnostikovat a také léčit (Langmeier a kol., 2000).

1.3.1. Syndrom závislosti

Světová zdravotnická organizace definuje syndrom závislosti jako stav, který se projevuje silnou touhou po návykové látce a je spojen s potížemi v sebeovládání při její konzumaci (Nešpor, 2000). Tělo závislého jedince si drogu pravidelně žádá, neboť její nedostatek způsobuje abstinenci příznaky, které se projevují nejrůznějšími způsoby jako je třes, halucinace, pocení, závratě, úzkost a mnoho dalších příznaků podle druhu užívané látky. Potřeba

stále větší dávky drogy, aby bylo dosaženo účinku původně navozeného nižší dávkou, je taktéž neklamným znakem syndromu závislosti (Nešpor, 2000). V životě člověka dále znatelně ubývá společenských kontaktů s lidmi, kteří „jsou čistí“, protože zvýšené množství času věnuje především získání a užití drogy (Langmeier a kol., 2000). Miller (1998, s. 981) syndrom závislosti výstižně definuje ve svém článku, kde píše, že závislý člověk kráčí po přímé cestě, na které hledá radost a zapomenutí a více a více se ztrácí v objetí drogy. Toto objetí nakonec člověka spoutá do té míry, že i když sám jasně vidí a pociťuje škodlivé účinky drogy, pokračuje v jejím užívání (Nešpor, 2000).

1.3.2. Odvykací stav

Odvykací stav (abstinenční stav) je přirozeným projevem syndromu závislosti, který se projevuje při odnětí každé návykové látky. Příznaky tohoto stavu se liší svou intenzitou od zanedbatelných projevů jako je pocení, třes, až po život ohrožující depresivní stavy či epileptické záchvaty (Dočkal, 2000, s. 8-9). Často jsou projevy odvykacího stavu opačného charakteru než působení drogy. Pokud návyková látka uživatele uklidňuje, její nedostatek způsobuje podrážděnost a podobně (Matoušek, 2003). Tento příklad se však nedá aplikovat na všechny drogy. Svou roli totiž hraje také druh užití látky, délka pravidelného užívání, motivace uživatele s drogou skončit a v neposlední řadě prostředí, ve kterém se člověk nachází (Nešpor, 2003).

Odvykací stav po alkoholu se nejčastěji projevuje bolestí hlavy, pocením, vysokým krevním tlakem, nevolností, halucinacemi, celkovým neklidem, nespavostí a třesem. Pokud nenastanou komplikace, odezní tyto příznaky do pěti dnů. U lidí, kteří jsou již delší dobu závislí na alkoholu, se při jeho odnětí může vyskytnout delirium tremens, které se projevuje poruchami vědomí a kognitivních funkcí², což může vést k jednání ohrožující život člověka. Křeče a epileptické záchvaty také přetrvávají ještě několik měsíců po odnětí alkoholu (Popov, 2003).

² Nejčastěji lidé v deliriu tremens vypovídají, že mají čichové, sluchové, taktilní a vizuální halucinace, které většinou odezní do 72 hodin. Při halucinacích vidí zejména bílé myšky nebo drobný hmyz (1996, Mareček, podle Vágnerová, 2000).

1.3.3. Carving neboli silná touha užít návykovou látku

V roce 1955 byl definován Světovou zdravotnickou organizací (WHO) termín *carving*, v překladu „bažení“. Jedná se o silnou nezvladatelnou touhu po užití drogy, která má svůj tělesný i psychický ráz (Nešpor, 2000). Subjektivní příznaky této touhy se projevují vybavováním si pocitů po užití drogy, bolestí hlavy, neklidem a zhoršeným vnímáním (Nešpor, 2003). Silná touha je často příčinou relapsů³ a recidiv⁴.

1.4. Alkohol jako chemická látka

Alkohol, neboli etylalkohol⁵, vzniká kvašením cukrů při působení kvasinek. Jedná se o čirou, bezbarvou tekutinu s bodem varu 77 °C. Má svůj charakteristický zápach a palčivou chuť (Skála, 1988, s. 9). Ethanol patří do skupiny hypno-sedativ a ovlivňuje hlavně látkovou přeměnu a nervový systém člověka. Na rozdíl od ostatních psychofarmak vyvolává v dávkách, které se ještě neprojevují v nervovém systému, rozsáhlé změny v látkové přeměně (Kvapík, Svobodová, 1985, s. 13).

1.4.1. Slovo alkohol a historie

Slovo alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní, jemnou látku (Skála, 1988, s. 9). Alkohol má v lidské společnosti velmi dávnou minulost a je starý jako kultura sama. Byl objeven již v neolitu při přechodu od nomádství k usedlému způsobu životu. Jako nejstarší droga fascinuje alkohol odedávna šamany a kněze nejrůznějších kultů, umělce, myslitele, i prostý lid. Dostalo se mu nepřeborného množství výrazů v jazyce, v rituálech, mýtech a umění (Sournia, 1999, s. 7). Archeologové potvrdili jeho využívání při náboženských obřadech nebo v lidové medicíně (Popov, 2003).

³ Relaps označuje užití drogy v době, kdy je člověk léčen z její závislosti nebo léčbu již skončil a abstínuje (Matoušek, 2003, s. 182).

⁴ Recidiva je stav, kdy dochází k obnovení nemoci v jakékoliv míře (Nešpor, 2004, s. 35).

⁵ Chemické označení ethanolu - C₂H₅OH

1.5. Alkohol jako návyková látka

Alkohol je známý pravděpodobně již od pravěku a bývá označován jako kulturní droga, neboť se stal součástí naší klutury v tom smyslu, že si bez něho nedokážeme představit žádné společenské setkání (Ondrejko, Poliaková a kol., 1999, s. 20). Jeho pozitivní účinky jsou však výrazně převyšovány nebezpečím, které s sebou konzumace alkoholu přináší. Nadužívání alkoholu je trvalým a závažným rizikovým problémem, který by se zajisté neměl opomíjet (Csémy a kol. 2009, s. 23).

Spotřeba alkoholu každým rokem roste a především Česká republika již dlouhou dobu patří v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu (Popov, 2003). Podle statistik WHO z roku 2005 se řadí na druhou příčku ze všech 48 zkoumaných evropských zemí v konzumaci alkoholu⁶. Oproti tomu Rusové a další země na východ od nás, jejichž obyvatelé jsou pověstní častou konzumací alkoholu, se umístili až na osmnáctém místě a níže (WHO, 2010, s. 19). Celkově je v publikaci WHO European status report on alcohol and health 2010 uvedeno mnoho zajímavých grafů a údajů, co se týče konzumace alkoholu v Evropě a konkrétně v České republice. Rozsah této práce však neumožňuje všechny informace uvést, proto čtenáře odkazujeme na zmíněnou publikaci.

Zdroje WHO dále uvádějí, že pro zdravého dospělého člověka je bezpečné množství 18-20 g⁷ 100% alkoholu za den. To odpovídá asi půl litru 12° piva nebo 2 dcl přírodního vína (Popov, 2003). Podle Nešpora (2006) tyto údaje neznamenají, že vyšší konzumace alkoholu vede k onemocnění, ale na druhou stranu jedním dechem dodává, že kdo pije více, riskuje rozvoj problému s alkoholem a hrozí mu kromě závislosti také onemocnění vnitřních orgánů, úrazy, pracovní problémy a podobné nepříjemnosti (Nešpor, 2006, s. 10).

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se v České republice týká asi 25% dospělé mužské populace a 5% žen (Popov, 2003). Zvyšování spotřeby alkoholu by pro naši společnost mělo být varovným signálem. Trend je přesto spíše opačný, neboť se alkohol začíná stále více

⁶ Konkrétní graf spotřeby alkoholu na dospělého jedince v EU je uveden v příloze této práce.

⁷ 18 g 100% alkoholu u žen a 20g 100% alkoholu u mužů

tolerovat a to až do takové míry, že ten, kdo nepije nebo pije pouze výjimečně, je považován za „podivína“ (Marhounová, Nešpor, 1995). Podle Marhounové a Nešpora (1995) lze tedy sledovat jakýsi patologický jev v celé naší společnosti, který by měl být varovným signálem.

Alkohol je legální drogou, jejíž distribuce, prodej a užívání je sice zákonem omezeno, ale ne vždy a všude dostatečně kontrolováno. Podle Sournia (1999) by se alkohol neměl v žádném případě podceňovat, jak se to dělo dodnes. Jsou známy skutečnosti, že alkohol zničil a ničí více životů než jakákoliv jiná droga. K tomu, aby se snížilo riziko nadměrné konzumace alkoholu, se mohou využít různé metody počínaje regulací dostupnosti, zdaňováním, osvětou veřejnosti, různými postihy a podobně. Výsledek bude vždy závislý na mnoha neznámých, které otázku alkoholu doposud obklopují (Sournia, 1999, s. 270).

1.5.1. Vliv alkoholu na člověka

Konzumace alkoholických nápojů působí na centrální nervovou soustavu člověka. Účinek alkoholu na konkrétního jedince závisí na objemu a formě zkonsumovaného alkoholu, což následně ovlivňuje jeho množství v krvi (Popov, 2003). Při hladině alkoholu v krvi kolem 0,5 promile je patrné zklidnění, hladina kolem 1,5 promile je provázená narušením svalové souhry a vzrušeností, mezi 1,6 – 2 promile se začíná projevovat ethanolvá otrava jako klasická opilost (Kvapík, Svobodová, 1985).

Opilost se může členit do třech stupňů podle chování člověka (Skála, 1988). Na změnách projevů chování se podílí zejména osobní dispozice, zdravotní stav, očekávaný efekt, působení prostředí a vliv společnosti, ve které se člověk aktuálně nachází (Popov, 2003). V prvním stadiu je člověk veselý, výřečný, rád a rychle uzavírá přátelství, pociťuje zvýšený pocit sebevědomí a životní starosti se mu jeví jako bezvýznamné. Právě tento stav je nejsilnějším motivem, proč člověk sahá po alkoholu znovu a znovu, neboť ho považuje za útěchu ve štěstí i neštěstí. Ve druhém stádiu opilosti se člověk začíná chovat netaktně, křičí, hlasitě prozpěvuje, jedná impulsivně a nepromyšleně. Neumí kontrolovat svou řeč, jeho obličej rudne, při chůzi vrávorá a vidí dvojité (Skála, 1988). Při rychlé konzumaci dalších dávek alkoholu dochází k útlumu nálady, nastupuje ospalost, zvracení a hrozí riziko poruchy vědomí (Popov, 2003). To jsou signály třetí fáze opilosti, kdy nastupují stavy bezvědomí, necitlivosti

a nekontrolovatelného močení a kálení (Skála, 1988, s. 15). Tato kritická situace nastupuje kolem 3 – 4 promile ethanolu v krvi a nese sebou reálné nebezpečí smrti, neboť dochází k útlumu důležitých center ve středomozku a selhává oběhový systém (Kvapík, Svobodová, 1985; Popov, 2003).

Vliv alkoholu na člověka je dán, jak již bylo zmíněno, také jeho zdravotním stavem a kondicí. To znamená, že například obézní lidé mají po požití stejné dávky alkoholu znatelně vyšší obsah alkoholu v krvi než svalnatí lidé. Důvodem je, že tuková tkáň je vyřazena z rovnoměrného rozmístování alkoholu, který se proto pomaleji vstřebává. Podobně to lze vypočítat i u žen, které mají oproti mužům, kteří vypili stejné množství alkoholu, v průměru o jednu třetinu vyšší koncentraci alkoholu v krvi a jsou u nich patrné i větší projevy opilosti (Skála, 1988).

1.6. Nemoc jménem alkoholismus

Pojem alkoholismus označuje nadměrné pravidelné užívání alkoholových nápojů a jako první jej definoval Magnuss Huss v roce 1849. Neznamená to však, že by dříve nebyla problematika alkoholismu zaznamenána a zkoumána. Již z roku 1784 existují záznamy o pijáctví, které bylo americkým lékařem Benjaminem Rushem označováno za nemoc (Popov, 2003, s. 151). „Alkoholismus se však od poloviny 20. století ocitl v nových psycho-sociálních a psychopatologických souvislostech. Začal být totiž považován za jednu z toxikománií, která dokáže člověka zotročit“ (Sournia, 1999, s. 13).

Alkoholismus je trvalá nemoc a provází člověka od prvních příznaků typických pro alkoholismus až do konce života (Kvapík, Svobodová, 1985). Mezinárodní klasifikace nemocí označuje poruchy vyvolané závislostí na alkoholu statistickým kódem F10 (Nešpor, 2000). Jelikož je alkoholismus nemocí, lze ho jako jiné nemoci léčit. Hlavním předpokladem léčby je však přísné dodržování abstinence, neboť člověk, který byl jednou závislý, již nikdy nedokáže kontrolovatelně pít (Popov, 2003). Pro mnohé uživatele alkoholu se může takový přístup zdát až příliš přísný, ovšem Nešpor (2004) upozorňuje, že abstinence je skutečně jediným a nejlepším způsobem, jak předejít opětovnému propuknutí nemoci.

1.6.1. Ohrožení jedinci

V odborné literatuře nenalezneme přesné vymezení, proč k závislosti u některých lidí dojde a u jiných nikoliv. Podle Popova (2003) je to proto, že se na vzniku alkoholismu podílí mnohé faktory, mezi které řadíme biologické a genetické předpoklady, také osobnostní výbavu člověka, jeho zdravotní stav, okolí a dostupnost alkoholu (Popov, 2003).

Predispozice k závislosti na alkoholu budou mít v první řadě jedinci, u nichž alkohol vyvolává zvláště silný pocit euforie, uvolnění, zbavuje je úzkosti a posiluje jejich sebevědomí (1986, Skála, podle Vágnerová, 2000). Francouzský sociolog Baudrillard (1998) definuje dnešní společnost jako konzumní, a to v tom smyslu, že každý její člen má povinnost „se bavit“ a být šťastný. Konzumní člověk dneška by měl být zamilovaný, obdivovaný, okouzlující, všeho se účastnit a být stále nadšený a plný dynamiky. Pokud se nedokáže tomuto vzoru přizpůsobit, je považován za asociálního⁸ jedince (podle Machalová a kol., 2010, s. 19). Skála (1988) právě v lidech, kteří neprojevují své emoce na veřejnosti nebo se ostýchají být aktivní, spatřuje jedince ohrožené závislostním chováním. V podobném duchu také Grofová (1998) popisuje, že lidé, kteří si připadají neschopní, ostudní, méně důležití a méně inteligentní než ostatní, vnímají alkohol jako jediné řešení jejich situace. Díky alkoholu se uvolňují, padají jejich přirozené společenské zábrany a jedinci se pod vlivem drogy umí ve společnosti bavit, diskutovat a navazovat kontakty stejně jako druzí (Skála, 1988, s. 38). Stávají se plnohodnotnou součástí konzumní společnosti.

Grofová (1998) poukazuje dále na citové prožívání lidí, kteří jsou ohroženi závislostí na alkoholu. Definuje tyto jedince jako lidi plné ideálů a tvořivé snílky s intenzivní schopností vnímat krásy života kolem nich. Často pociťují touhu po něčem větším, čeho ale nemohou dosáhnout, a proto následný pocit zoufalství utiší pitím alkoholu (Rotgers a kol., 1999, s. 22). V tomto smyslu bychom mohli mluvit například o dětech z nefunkčních rodin, které nezažily přijetí a lásku rodičů. Právě u nich je velké nebezpečí rozvoje závislosti, neboť

⁸ Asociální označuje takové chování jedince, které se neslučuje s hodnotami uznávanými ve společnosti (Matoušek, 2003, s. 30).

v návykové látce hledají potřebu přijetí, příjemného zážitku a oproštění se od problémů v rodině (Matoušek, 2010).

V ohrožení jsou bezpochyby také jedinci, kteří tráví mnoho času ve skupině nebo partě lidí, kteří považují užívání alkoholu za součást zábavy a vyplnění volného času (Elliott, Place, 2002). Jejich vliv je však limitován osobností samotného jedince, okolnostmi a ostatními vlivy, především pak výchovou v rodině.

1.7. Vývojová stádia alkoholismu podle Jellinka

Přechod od škodlivého užívání k návyku a v konečné fázi k závislosti se děje poměrně nenápadně. Postupně se zvyšuje tolerance vůči alkoholu, člověk zanedbává své zájmy a mění se jeho způsob myšlení a chování (Popov, 2003). Rozvoj závislosti na alkoholu popsal Jellinek v roce 1952 a dodnes se toto dělení užívá v klinické praxi. Podle autora existuje tzv. pijácká kariéra, která má čtyři období (podle Vágnerová, 2000).

V počátečním stadiu člověk poznal, co mu alkohol přináší, a proto potřebuje dávky stále zvyšovat, aby dosáhl dobré nálady a euforie. V tomto stádiu se neopíjí, ale přijímá tolik alkoholu, že se dostává do stavů podnapilosti. Říká se, že má špičku (dobrou náladu). Alkohol mu zatím jen “dává” a nic “nebere” (Skála, 1988, s. 42).

Druhé stadium by se dalo označit jako varovné a u někoho se dostavuje po letech, u jiných po měsících. Občas dochází k opilosti, ale člověk si to omlouvá výroky jako “Jednou se to může stát každému.” (Skála, 1988). V tomto stadiu potřebuje jedinec stále více alkoholu k navození určitého stavu a často tak sahá po lihovinách. Plně je již vytvořena psychická závislost a začíná se rozvíjet závislost somatická (Janík, Dušek, 1990). Závislý nepije sám, ale v partě kamarádů, které později označuje za “špatnou společnost”. V tomto stádiu se však všichni v pití podporují a dokonce si ho navzájem kupují (Skála, 1988).

Přibližně každý sedmý piják se časem dostává do třetího stádia, kdy je víceméně závislý (Skála, 1988). Objevují se tzv. okénka neboli akutní amnézie, při kterých si člověk neuvědomuje, co se dělo během intoxikace alkoholem (Popovi, 2003). Výpadky paměti jsou v rozsahu patnácti minut až několika

hodin, jejich příčinou je poškození nervových vláken (Skála, 1988). V tomto stádiu člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím a alkohol ho ovládá. Trápí se nepříjemnými vzpomínkami na chvíle, kdy pije. Chtěl by zase pít jen pro dobrou náladu, ale už to není možné. Jedinou cestou je v této fázi vyhledání odborné lékařské pomoci (Janík, Dušek, 2003).

V konečném čtvrtém stádiu se musí alkoholik každé ráno “nakopnout” douškem alkoholu, aby odstranil symptomy nastupujícího odvykacího stavu (Popov, 2003). Alkoholik dělá tzv. tahy, které trvají 2 – 3 dny, a kdy hladina alkoholu v jeho krvi neklesá na nula promile. K opití mu postačuje mnohem menší dávka alkoholu než v prvních stádiích (Skála, 1988). Přestože denně zkonsumuje velké množství alkoholu, nepůsobí dojmem opilého člověka a často se ani nechová výrazně nápadně (Popov, 2003). Jeho nervový systém a játra jsou však nenávratně poškozeny. Často se mu třesou ruce, má pocit strachu, dostávají se křeče a uvědomuje si, že se ocitl v bezvýchodné situaci (Skála, 1988). Tělesně i sociálně chátrá a objevují se někdy velmi vážné psychické poruchy (Janík, Dušek, 1990).

Co-dependence

Rozvoj alkoholismu, jak byl výše popsán, někdy nezáměrně podporují také nejbližší příbuzní. Nejčastěji se jedná o manželky mužů závislých na alkoholu, u kterých se rozvíjí tzv. *co-dependence*. To znamená v českém překladu spolu-závislost nebo také závislost na druhém, kdy se jeden nebo více členů rodiny stává “umožňovačem” (Kudrle, 2003, s. 109; Hajný, 2003, s. 142). Novotný (2007) tento stav popisuje tak, že rodina umožňuje člověku závislému na alkoholu konzumovat lihoviny doma, vytváří mu bezpečné prostředí, snaží se stále omlouvat jeho chování, řeší za něho problémy v práci i v mezilidských vztazích a zanedbává tím své vlastní potřeby. *Co-dependence* nakonec vede k rozepřím, k napětí ve vztahu a k trvalým střetům, které se v budoucnu těžko řeší (podle Bajer, 2007).

Shrnutí

V této kapitole byl definován syndrom závislosti, vliv alkoholu na člověka a jeho nebezpečí v podobě nemoci zvané alkoholismus. Bylo zjištěno, že konzumace alkoholu je v České republice vzhledem k evropskému průměru

velmi vysoká (WHO, 2010, s. 19). Mělo by se proto o tomto tématu více hovořit na odborné úrovni a přispívat tak k celospolečenské osvětě (Marhounová, Nešpor, 1995, s. 72).

2. Kořeny závislosti a hledání smyslu života

Následující kapitola definuje bio-psycho-socio-spirituální model závislosti a konkrétněji se zaměřuje na jeho spirituální úroveň. Pojednává také o prožívání spirituality člověka závislého na alkoholu a o jeho smyslu života.

Kudrle v jednom ze svých článků uvádí, že závislost je odvěkým faktem, se kterým se lidstvo stále konfrontuje. Jako děti jsme byli závislí na naší matce, v pubertě jsme naopak chtěli být nezávislí a v dospělosti se mnohdy náš urputný boj za nezávislost přeměnil v její karikaturu například v podobě závislosti na návykových látkách (Kudrle, nedatováno).

Existuje nespočet pohnutek, které vedou člověka k užívání drogy. Někteří jimi řeší své problémy, jiní zase chtějí „zapadnout“ do skupiny, další se snaží skrze návykové látky rozšířit svůj prostor vnímání a poznání bytí, chtějí získat nové zážitky nebo se prostě jen cítit lépe (Machalová a kol., 2010). Jak je vidět, vznik závislostí může mít mnoho specifických příčin. Pro zajímavost Jellinek postuloval neznámý faktor X, který bude údajně jednou objeven a konečně odhalí příčiny závislostí na návykových látkách (Kudrle, 2003).

Závislost jako takovou nelze považovat za výsledek určitého chování. Vytváří se totiž již ve chvíli, kdy se člověk svobodně rozhodne, že alkohol užije, nikoliv až když samotná závislost vzniká. Při léčbě je proto nutné zaměřit se zejména na příčiny pravidelného užívání. Pokud bychom se zabývali závislostí pouze jako izolovaným problémem, bude dlouhodobý účinek aplikované léčby minimální (Machalová a kol., 2003, s. 87).

Po 2. světové válce a zejména v 60. letech byl zaveden nový model léčby závislostí, který se orientoval na bio-psycho-sociální sféry života. Jeho úspěšnost byla dána zejména efektivní spoluprací mezioborových týmů (Kalina, 2003, s. 79-80).

2.1. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Kořeny závislosti shrnul Kudrle (2003) ve svém bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti, který je pro tuto práci považován za stěžejní. Jak lze vidět, tak stávající model závislosti rozšířil o spirituální úroveň, která nabyla důležitosti především díky rozvoji svépomocného hnutí Anonymních alkoholiků. Ti popularizovali tuto úroveň svými dvanácti kroky k uzdravení, o kterých bude řeč později.

2.1.1. Biologické předpoklady

Užívání drog v těhotenství a jejich účinky na plod, dědičnost, traumata nebo onemocnění v průběhu života lze zařadit mezi biologické faktory, které vedou ke vzniku závislosti (Machalová a kol., 2003). Zejména děti matek, které během těhotenství trpěly závislostí na alkoholu, mají znatelné projevy tzv. *fetálního alkoholového syndromu* (FAS). Ten vzniká poškozením plodu a lze ho rozpoznat podle toho, že děti trpí poruchami růstu, lze u nich vidět nápadné změny v obličeji (malé oči, nízko položené uši, nápadnosti nosu) a v nejednom případě jsou mentálně postižené (Janík, Dušek, 1990).

Co se týče genetických predispozic, byly prováděny studie na dvojčatech, které ukázaly, že i když děti alkoholiků žijí odděleně a třeba i v jiných rodinách, vznik závislosti ohrožuje každého z nich. Nešpor (2004) jakoby v protikladu k tomu tvrzení udává, že podle amerických pramenů, u více než poloviny dětí, jejichž rodiče jsou alkoholici, závislost ve skutečnosti nevznikne. Přesto je zaznamenáno, že pokud se tito lidé v životě s alkoholem setkají, jsou čtyřikrát více ohroženi (Nešpor, 2004). Genetické předpoklady jsou patrné v tom, že potomek alkoholika má vyšší toleranci vůči alkoholu než běžný jedinec. Z toho důvodu potřebuje konzumovat alkohol ve větším množství, aby dosáhl požadované nálady jako ostatní. Tato „výhoda“ větší tolerance se však může později změnit v osudové riziko (Kudrle, 2003).

2.1.2. Psychologické předpoklady

Psychologická úroveň člověka hraje svou roli při vzniku závislosti zejména v případě, že došlo u dítěte k disharmonickému vývoji, člověk trpí

nízkým sebevědomím nebo touží po zážitcích, kterých se mu běžně nedostává (Machalová a kol., 2010). Podle Peeleho (1980) není závislost na droze způsobena vlastnostmi drogy, ale především účinky, které se po požití návykové látky dostavují. Potřeba vyhnout se problémům, ulevit si od fyzické či duševní bolesti, zklidnit se, být uznávaný a přijímaný, to všechno mohou být žádoucí účinky, kvůli kterým člověk sahá po návykové látce (Kudrle, nedatováno, s. 2). Dalšími vážnými psychologickými faktory, které vedou ke konzumaci alkoholu, jsou již zmíněné nízké sebehodnocení, problém s identitou a nedostatek sebeúcty (Rotgers a kol., 1999). V neposlední řadě lidé od drogy žádají také potřebu extrémního zážitku. Alkohol se tak stává vítaným a žádaným prostředkem zábavy (Machalová a kol., 2010, s. 86).

Zajímavostí je, že ač z počátku působí alkohol na svého uživatele antidepresivními účinky, v pozdější fázi onemocnění se naopak sám stává příčinou depresivních stavů (Kudrle, 2003).

2.1.3. Sociální předpoklady

Třetím faktorem ovlivňujícím vznik závislosti je sociální status a vztahy člověka. Sociální úroveň člověka můžeme charakterizovat příslušností k dané rase, společenskému statusu rodiny, úrovni sociálního zajištění a prostředím, ve kterém jedinec žije (Kudrle, 2003, s. 92). Podle Machalové a kol. (2010) je v rámci všech zmíněných determinantů možný výskyt sociálních rizik, mezi které patří především rodinné rozepře, nejisté mezilidské vztahy nebo potřeba začlenit se do sociální skupiny.

Alkoholikem se člověk nerodí, ale stává se jím, a proto velký a nezpochybnitelný vliv na užívání návykových látek má zejména rodina (Janík, Dušek, 1990). Machalová a kol. (2010) v podobném duchu tvrdí, že pokud chceme zjistit příčiny závislosti, je potřeba nejprve hledat v rodině (Machalová a kol., 2010). Především výchova a předávané vzory chování, které dítě v rodině získává, ovlivňují jeho budoucí vztah k návykovým látkám (Skála, 1988).

Druhým sociálním vlivem, který vede člověka k užívání alkoholu, je společnost nebo konkrétněji parta (subkultura), se kterou jedinec tráví mnoho času a která užívání alkoholu považuje za nepostradatelnou součást svých aktivit (Vágnerová, 1999).

2.1.4. Rodinné vztahy a výchova

Rodina jako celek je velice citlivá a vnímá každý negativní vliv i problém, který se vyskytne mezi jejími členy (Popov, 2003). Tato skutečnost nabývá na svém významu zejména v dnešní době, kdy jsou rodinné vztahy většinou nestálé a rodina často tvoří jen “skořápkovou instituci”, ve které chybí láska a citová podpora jejich členů (Matoušek, 2010, s. 267). Vytrácejí se také rituály, které spojovaly její členy například při společných jídlech nebo oslavách, a tím pádem mizí bohužel i chvíle, kdy si mohou lidé spolu povídat a zajímat se jeden o druhého (Kudrle, 2003, s. 93).

Podle Popova (2003) bylo provedeno mnoho výzkumů, které potvrzují velký význam dědičných vlivů, na základě kterých alkoholismus přejde z jedné generace na druhou. Například rodiče, kteří nadměrně užívají návykovou látku, vytvářejí jistý sociální model, podle kterého se jejich děti učí, že na každý problém nebo bolest existují látky, které zaručeně pomohou (Vágnerová, 2000). S tím je spojena i dostupnost návykových látek v domácnostech a vysoká míra tolerance při jejich užívání, která je v některých rodinách až zarážející (Machalová a kol., 2010).

Vliv na rozvoj alkoholismu v dětství a dospívání mají také výchovné styly, které rodiče používají. Pokud je výchova dítěte vedena příliš autoritářsky, nedochází k prožívání dětského citového života a to vede k pozdějším komplikacím v mezilidských vztazích. Velice problematickou situací je, když rodiče podmiňují svou lásku k dítěti například vynikajícími úspěchy ve škole, které dítě nezvládá a následně trpí silným pocitem viny, že rodiče zklamalo. V budoucnu se z takového dítěte stává samotář, který si neumí najít své místo ve společnosti, což ho přivádí k závislosti (Skála, 1988, s. 37-38).

Alkohol může v dospělosti, podle teorie hlubinné psychologie, zastupovat v životě člověka také osobu z raného dětství, ke které si nikdy nemohl vytvořit citový vztah. Alkohol se mu tak stává partnerem, kterého má plně ve své moci. Tím více je pak pro něj bolestivé prožívání závislosti, která ho opět zrazuje a působí mu psychické trápení (Rauchfleisch, 2000, s. 45).

2.2. Spirituální úroveň závislosti

Poslední úrovní v bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti je spirituální faktor, o kterém budeme pojednávat v následující podkapitole.

Podle poznatků Kudrleho (2003) hledá určité procento lidí v návykových látkách naplnění spirituální potřeby. Zejména touží po uvolnění, splnutí s kosmem, pocitu bezstarostnosti a odevzdanosti, ale namísto toho se setkávají s fatální vazbou na drogu a stávají se závislími (Kudrle, 2003, s. 94). Miller (1998) se zabýval náboženskými směry a jejich pohledem na závislost a došel k podobně překvapujícímu zjištění, že mnohá náboženství spojují psychoaktivní substance se spirituálními zážitky (Miller, 1998, s. 981). Podle vlastních zkušeností Grofové (1998) je touha po alkoholu řádově nižší variací duchovní žízně lidských bytostí po splnutí s Bohem (s. 13).

2.2.1. Touha po „něčem vyšším”

Touha je podle Kudrleho základním zdrojem pohybu, rozvoje a konání. Může člověka vést k ušlechtilým činům, ale současně se může stát cestou do pasti závislosti (Kuderle, nedatováno). Mnoho lidí ve svém životě pociťuje určitou duchovní prázdnotu a zcela oprávněně touží po jejím naplnění. Ač tomu často nerozumí, přesto jsou puzeni k „něčemu vyššímu“, jsou stále nespokojeni, nedokážou se radovat, nedokážou si cenit toho, co mají, a tak hledají pomoc v různých stereotypních činnostech, látkách nebo ve vztazích (Grofová, 1998, s. 24). V žalmu 42 je přirozená touha po vztahu s Bohem popsána takto: „Jako laň dychtí po bystré vodě, tak dychtí má duše po tobě Bože.“ (Ž 42, 2). Stejně jako laň vyhledává vodu, aby uhasila svou žízeň a nezahynula, tak i člověk potřebuje pro svůj plnohodnotný život nalézt vztah k Bohu.

Předmětem touhy může být poznání již zmíněného Boha nebo také vlastního já, síly lásky, budhistické podstaty, Ducha svatého, vyšší moci či vyššího principu (Grofová, 1998, s. 34). Ať to nazveme jakkoliv, nikdy se nám nemůže podařit vystihnout podstatu této moci, která nás přesahuje (Halík, 2002, s. 20). Snad právě z důvodu obklopujícího tajemství a neznáma touží člověk po setkání s tímto bytím a po pochopení jeho podstaty.

2.2.2. Spiritualita

Spiritualitu definují jednotliví autoři odlišně. Přesto panuje jednoznačná shoda v tom, že pokud chceme hovořit o spiritualitě, musíme mít zároveň na paměti, že se dotýkáme určité oblasti posvátna, která není uchopitelné slovy (Říčan, 2007, s. 44). Spiritualitou lze obecně nazvat vztah k tomu, co nás přesahuje, k vyšší bytosti, Bohu, ideji, řádu světa (Kudrle, 2003). Tento vztah tvoří duchovní život člověka. Grofová (1998) říká, že „*spiritualita je prostou, ale mocnou součástí života každého z nás* (s. 34). Posvátná sféra dává našemu životu smysl a pomáhá pochopit poslání člověka v systému světa (Grofová, 1998). Podle Millera (1998) není spiritualita jen jednou sférou našich životů, ale je multi-dimenzionální, to znamená, že zahrnuje a ovlivňuje naše chování (*behavior*), víru (*belief*) a zkušenost (*experience*) (s. 980).

Pro pochopení samotné spirituality je vhodné definovat její vztah k náboženství. Podle Říčana (2007) existují dva pohledy. První říká, že náboženství je chápáno jako širší pojem, který v sobě zahrnuje jak spiritualitu, tak také aktivity jako návštěvu bohoslužeb, modlitby, slavení svátostí nebo umění. Druzí autoři zase tvrdí, že náboženství je jen jedna z možností, jak se spiritualita projevuje (Říčan, 2007, s. 45).

Halík (2002) definuje náboženství jako domov, do kterého se člověk rodí. Spiritualitu však považuje spíše za otázku volby, rozhodnutí, svobodné odpovědi na povolání (Halík, 2002, s. 127). V podobném smyslu i Miller (1998) píše, že spiritualita se odehrává na individuální úrovni. Spiritualitu lze definovat jako hledání osobního smyslu a vlastních hodnot, zatímco náboženství je sociálním fenoménem, který má organizovanou strukturu, rituály a cíle (*purposes*) (Russel, 1998, s. 17; Miller, 1998).

Z uvedeného vyplývá, že je těžké spiritualitu jednoznačně ohraničit, neboť se dotýká transcendece a její hranice jsou abstraktní⁹. Proto vztah mezi spiritualitou a náboženstvím ponecháme raději empirickému zkoumání (Miller, 1998, s. 980). Pro potřeby této práce budeme považovat spiritualitu podle modelu Millera (1998) za multi-dimenzionální pojem, který zahrnuje a významně ovlivňuje různé sféry života.

⁹ Tato bakalářská práce bude dále užívat kromě pojmu spiritualita také termíny jako je víra, religiozita nebo duchovní život a tyto pojmy budou většinou chápány jako synonyma.

2.2.3. Mimořádné spirituální prožitky

Pokud bychom se podívali na Maslowovu pyramidu potřeb (1969), pak na jejím vrcholu vidíme transcendenci – spirituální potřebu identifikace (Říčan, 2007). Maslow totiž studoval prožitky lidí, kteří se dostali do stavu splynutí s Bohem. Jejich zkušenosti nazval „vrcholnými zážitky“, které podle něho nejsou abnormální, ale supernormální a člověk by v nich neměl být omezován (Grof, Grofová, 1999).

Spiritualita je založena na prožívaném vztahu k Bohu či k nadosobnímu ideálu a ovlivňuje chování a lidské vztahy k druhým lidem (Říčan, 2007, s. 61). Mimořádné prožitky s Bohem mohou někdy radikálně změnit způsob života. Vzorovým příkladem může být příběh Saula z Tarsu, který se při cestě do Damašku setkal tváří tvář s Kristem. Toto setkání zcela změnilo jeho pohled nejen na křesťany, ale na celý jeho život a on se stal horlivým kazatelem evangelia (Sk 9, 1-31). Vácha (2010) v jedné ze svých knih popisuje, že setkání s Bohem umožňuje podívat se za „závěs“ na druhou stranu věcí. Na základě této výsady vidí člověk svůj život z jiné, Boží perspektivy a může ho to zcela změnit (Vácha, 2010).

Bill Wilson, zakladatel hnutí Anonymních alkoholiků, se několikrát neúspěšně léčil ze závislosti na alkoholu. V jedné ze svých knih popisuje, jak se modlíval k neznámému bohu, až do dne, kdy ho náhle obklopilo světlo a on pocítil sílu a klid. V tu chvíli si uvědomil přítomnost „čehosi“. Na základě takového jednoho okamžiku se rozhodl, že přestane pít a zcela změní svůj život, což se mu podařilo (Grofová, 1998, s. 41).

Konverze

Takovéto spirituální prožitky mohou vést člověka k tzv. konverzi, která všeobecně označuje obrácení, změnu, transformaci (Halama, Adamovová, Hatoková, Stríženec, 2006, s. 15). Záměrně nezmiňujeme pouze náboženskou konverzi, neboť to je již specifická forma, která znamená, že člověk přijímá náboženské přesvědčení, které mu donedávna bylo úplně cizí. Konverze, ač je religiózním fenoménem, u kterého se dá vyzorovat jasně znatelná změna v oblasti smyslu života, ještě neznamená přiklonění se ke konkrétnímu náboženskému směru (Halama, 2007, s. 154). Pargament (1997) definuje spíše

spirituální konverzi, která se podle něho projevuje obrácením se k duchovní síle, kterou může být Bůh, Kristus, Budha, Alah nebo vyšší princip a projevuje se pocitem přijetí, lásky, pochopení a dopuštění (podle Halama a kol., 2006, s. 28-29).

2.3. Smysl života u lidí závislých na alkoholu

Spirituální prožitky bychom mohli tedy považovat za určité ochranné faktory před závislostmi, ale tím pádem bychom také logicky museli odvozovat, že lidé závislí na alkoholu jsou méně spirituálně aktivní a nábožensky angažovaní (Miller, 1998). Věřící člověk však není samotnou vírou uchráněn před vznikem závislosti. Jargus (2008) tvrdí, že víra může působit jak pozitivně, tak také negativně v tom smyslu, že klade na člověka nároky, které, když nedokáže naplňovat, ho mohou vést a často i vedou k pocitu zklamání a viny. Ač ví o odpuštění hříchů, droga se může v některých případech jevit jako snadnější únik před bolestnou konfrontací se svými pochybeními (Jargus, 2008, s. 14). Podle Millera (1998) je proto potřeba se nezabývat jen samotnou spiritualitou, ale širší rovinou spirituálních aspektů (s. 983). Mezi tyto aspekty můžeme zařadit smysl života, který lze objevit na základě vztahu k Bohu (Jargus, 2008).

V pastorační příručce Papežské rady pro práci s lidmi trpícími závislostí se dočteme, že užívání alkoholu není samo o sobě problémem. Závislost je spíše již jasně viditelným výsledkem falešné odpovědi na nedostatek smyslu v životě člověka (Papežská rada pro pastorační zdravotnických pracovníků, 2004, s. 35). Desítky studií shodně s tímto tvrzením odhalily, že alkoholismus souvisí s nedostatkem smyslu života (1969, Crumbaugh and Maholick, 1991, Blafel, podle Miller, 1998). Podobné výsledky byly zaznamenány také v českém prostředí, kde podle Kavenské (2009) ukázaly, že nalezení smyslu života, může být účinným faktorem při léčbě závislosti.

Výzkum Kavenské (2009) provedený mezi 62 osobami v českých a slovenských psychiatrických léčebnách pomocí standardizovaného dotazníku potvrdil hypotézu, podle níž se lidé závislí na alkoholu na počátku léčby výrazně liší v prožívání smysluplnosti od běžné populace, neboť významně méně prožívají smysl svého života (Kavenská, 2009, s. 5-9).

2.3.1. Smysl života jako nepostradatelná součást života

Pro bližší pochopení závažnosti výše uvedených tvrzení se musíme blíže podívat na to, co to vlastně smysl života je, a jak se jeho nepřítomnost odráží v prožívání člověka. Podle Frankla (1997) je dnešní postmoderní člověk zmatený, neboť neví co chce, ani co by měl chtít. Jeho život není veden instinkty ani tradicí. Je sice svobodný, ale za cenu toho, že nemá v životě jediný pevný a jistý bod (Navrátil, Navrátilová, 2008, s. 126). Tento pevný bod může nazvat smyslem života.

Podle Tavela (2007) existuje něco přes 170 definic smyslu života. Lidé by se dali rozdělit do třech skupin podle vnímání smyslu života. Pro první skupinu lidí život má smysl, pro druhou skupinu život smysl nemá a třetí skupina zastává názor, že smysl života je transcendentního původu, a že ho člověku nabízí Bůh (Tavel, 2007, s. 13). Ať už smysl života přijímáme nebo si ho nechceme připustit, jedna skutečnost je jistá. Když schází smysl života, člověk prožívá svůj život jako prázdný, bezcílný a nehodnotný (2000, Halama podle Tavel, 2007, s. 19).

Existencialismus a logoterapie jsou nejznámější přístupy, které se zabývají smyslem života a svou oblibu si získaly zejména díky svému představiteli V. E. Franklovi. Podle jeho teorií není samotná ztráta životního smyslu nemocí, ale stavem „duchovní nouze“, kterou může zažít každý člověk. Z takového stavu vzniká *existenciální frustrace*, která má za následek otupení svědomí a zhroucení vůle, svobody a odpovědnosti. Mimoto sebou přináší také onemocnění projevující se poruchami funkcí v lidském organismu a ve struktuře osobnosti člověka (Vymětal a kol., 2004, s. 258). Existenciální frustrace je proto považována za příčinu mnohých patologických závislostí na návykových látkách (Vymětal a kol., 2004).

Podle Frankla (1979) každý člověk věří v nějaký smysl. I když už to třeba není smysl života, tak je to alespoň víra ve smysl smrti, která přinese klid a smíření (podle Tavel, 2007, s. 48). Také lidé závislí na alkoholu věří, že je možné dojít naplnění a štěstí. Proto v horečnaté snaze vyplnit životní vakuum požívají stále větší množství alkoholu v domnění, že to je cesta k naplnění smyslu jejich života (Grofová, 1998, s 25).

2.3.2. Nebezpečný nesmysl

Podle Frankla (1971) smysl života člověka přesahuje, člověk je jím *obdarovaný*, a proto si ho nemůže vytvořit, ale spíše ho musí hledat (podle Tavel, 2007, s. 31).

„Vytvořit se dá jen subjektivní smysl, pocit smyslu, nebo nesmysl. Člověk, který ve svém životě není schopný nalézt smysl, utíká před pocitem bezsmyslnosti a vytváří si buď něco subjektivního, nebo nesmysl. Něco subjektivního se odehrává v opojení (například drogou), ve kterém mu hrozí, že mu unikne skutečný smysl“ (Frankl, podle Tavel, 2007, s. 33). Dochází tak k tomu, že namísto toho, aby se člověk stal tvůrcem svého života, alkohol mu neumožňuje svobodně se rozhodovat, potlačuje jeho inteligenci, vůli a energii potřebnou pro hledání smyslu a konání dobra (Papežská rada pro pastorační zdravotnických pracovníků, 2004).

Podle Halamy (2007) je u člověka závislého na alkoholu nutné nahradit subjektivní přesvědčení, že alkohol vyřeší všechny jeho problémy, novým systémem, který nabídne smysluplnou interpretaci dané problémové situace a života jako celku. Dojde tak k tzv. rekonstrukci smyslu (Halama, 2007, s. 158).

Je však nutné mít na paměti nenahraditelnost a nezastupitelnost člověka, kterého se daná situace týká. Psycholog, vychovatel ani sociální pracovník nemohou dát člověku nový smysl, neboť to by vedlo k pouhému moralizování. Sám člověk závislý na alkoholu nebo jiné droze musí objevit nový smysl života (Tavel, 2007, s. 34).

2.4. Víra ve smysl a víra v Boha

V této kapitole jsme se dotýkali dvou důležitých témat, a to spirituálního prožívání a smyslu života. Otázkou je, jak se tyto dva fenomény vlastně ovlivňují. „Frankl tvrdí, že oddělování otázky víry v Boha a víry ve smysl je problematické“ (podle Tavel, 2007, s. 51).

Při zkoumání obsahových složek smyslu života bylo zjištěno, že lidé často považují právě náboženské či duchovní hodnoty za zdroj smyslu života (Halama, 2007). Albert Einstein tvrdil, že „člověk, který odpověď na otázku o smyslu svého života našel, je člověkem religiózním“ (podle Tavel, 2007, s. 51).

Religiózním proto, že *re-ligare* (původ slova religiózní) označuje vzájemné svázání ve smyslu vazby mezi člověkem a Bohem (Říčan, 2007, s. 35). Podle Wonga (1998) je velmi těžké vyrovnat se s otázkou smyslu života bez toho, aniž by byl člověk religiózní. Náboženství totiž nabízí nejspokojivější odpověď na otázku po smyslu života (1998, Wong, podle Halama, 2007, s. 146). Zejména přesvědčení, že svět a člověka stvořil Bůh podle svého plánu, dává životu určitý rámec a hodnotu. Víra v existenci nebe motivuje člověka k dosahování něčeho hodnotného a vyhýbání se zlému. Radost, pramenící z dosažení pozitivního cíle v podobě pomoci druhému člověku, poskytuje pocit naplnění. To vše jsou pádné důvody, proč lidé nacházejí smysl života právě v náboženství (1998, Wong, podle Halama, 2007, s. 147).

Přesto nemůžeme víru ve smysl ztotožňovat s vírou v Boha. I když mezi oběma existuje jistá spojitost, nelze je klást na roveň (Tavel, 2007, s. 52). To potvrdily i mnohé výzkumy, podle nichž religiozita a smysl života nejsou na sobě jednoduše závislé (Halama, 2007, s. 148-149).

Shrnutí

Na základě nastudované literatury jsme v této kapitole dospěli k tomu, že spirituální dimenze hraje svou podstatnou a nenahraditelnou úlohu v životě každého jednotlivce. Nenaplněná potřeba vztahu s Bohem může vést člověka k pravidelnému užívání alkoholu nebo jiné drogy. Konzumace alkoholu se pak stává smyslem, ke kterému se vše v životě člověka upíná.

3. Sociální práce s alkoholově závislými klienty s ohledem na jejich duchovní život

Kapitola popisuje léčebnou komunitu Teen Challenge a svépomocné hnutí Anonymních alkoholiků, jejichž léčebné programy jsou primárně zaměřené na rozvoj spirituálního života lidí závislých na návykových látkách. Druhá část kapitoly se zabývá spirituální dimenzí sociální práce. Autorka se snaží najít možné příklady efektivní spolupráce s klienty s ohledem na jejich duchovní potřeby v terapeutické komunitě a v zařízení následné péče.

3.1. Léčebné programy zaměřené na spiritualitu klientů

Jak jsme již uvedli v předchozí kapitole, otevírají se nové cesty a přístupy, jak pracovat s problémem alkoholismu. V našich podmínkách definoval Kudrle (2003) bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, který lépe pomáhá pochopit závislost a bojovat s ní. Podle Leecha (1998) je myšlenka, že by závislost mohla mít také náboženskou nebo spirituální příčinu pro některé lidi zcela děsivá (podle Martinek a kol., 2008, s. 120). Závislost ale skutečně můžeme považovat za duchovní nemoc, kdy člověk vzdává svou snahu o lepší život nebo hledání vyššího smyslu a raději sáhne po droze, která mu všechny potřeby rychle a spolehlivě zprostředkuje (Martinek a kol., 2008, s. 120). Právě to je potřeba reflektovat také při léčbě závislosti na alkoholu. Terapeuti nebo sociální pracovníci se totiž mohou často setkat s otázkou za strany abstinujících klientů: „Jsem střízlivý, kdy budu šťastný?“ (Kudrle, 2003, s. 93). Lidé tímto dotazem jasně dávají najevo, že samotné odejmutí návykové látky není konečným řešením, ale jen prvním krokem k novému stylu života. Klienty je v druhé fázi léčby potřeba především stabilizovat v existenciálních otázkách. To znamená, zaměřit se na jejich duchovní prožívání a povzbuzovat je v hledání vztahu k tomu, co nás převyšuje (Kudrle, 2003, s. 93). Podle tvrzení Kavenské (2009, s. 9) „se pacienti závislí na alkoholu vysoce významně liší od zbytku populace v prožívání smysluplnosti svého života. 27 % z nich udává, že prožívá

špatné naplnění smyslu, a proto nelze očekávat úspěšný průběh léčby, pokud se psychoterapeutická péče problematikou existenciální frustrace cíleně nebude zabývat a nedokáže ji zvládnout.“ Jen pokud člověk nalezne pevný bod svého života, může začít plánovat a realizovat své poslání na tomto světě (Navrátil, Navrátilová, 2008, s. 127).

3.1.1. Nebezpečí léčebných metod

Podle Kaliny (2003) je spirituální model léčby závislostí určitým extrémem morálního přístupu, který sebou nese jistá rizika. Autor se k němu staví skepticky zejména proto, že spirituálně orientované metody vyžadují na svém počátku radikální obrácení a úplné ztotožnění se s vírou a duchovním vedením. Může se u nich tedy rýsovat až sektářský charakter a člověku hrozí záměna jedné závislosti na alkoholu za druhou, totiž závislost na náboženské skupině (Kalina, 2003, s. 82-83). V podobném smyslu říká v rozhovoru pro časopis Sociální práce také Marek Jargus, katolický kněz věnující se práci se závislými, že některé náboženské směry skutečně nahrazují jednu závislost – na drogách – jinou závislostí – na náboženské víře (podle Bajer, 2008, s. 14). Domníváme se, že obavy jsou na tomto místě oprávněné. Obdobnému tématu se věnuje Rucki (2007) ve své publikaci o uzdravování vírou. Ten zdůrazňuje, že je velice potřebné rozlišovat mezi jednotlivými léčebnými metodami orientovanými na spirituální prožívání člověka. Víra je totiž v současnosti některými hnutími nesprávně považována za kouzelnou moc, která neustálým opakováním slov či modliteb může změnit realitu a vyřešit všechny lidské starosti a bolesti. Rucki (2007) však oponuje, že ve skutečnosti víra sama o sobě nemůže nikoho zbavit závislosti na droze. Víra totiž musí obsahovat spirituální prvek, musí být směřována k Bohu, protože jen on jediný má moc člověka uzdravit (s. 108-117).

3.1.2. Pád na dno

U všech závislostí je společným rysem to, že se přirozená touha změnila v nutkavou naléhavost. Jednání závislého bylo bez jeho povšimnutí časem přeorientováno pouze na krátkodobé uspokojení, které stojí na prvním místě a člověk se ho snaží dosáhnout za každou cenu (Kudrle, nedatováno, s. 2).

Závislý trpí úplnou fixací na zdroj uspokojení. Postupně upadá do stavů fyzické i psychické bolesti a časem úplně rezignuje na změnu, na život. Takto popsané prožitky jsou mnohými závislími označovány jako „peklo“ (Kudrle, nedatováno, s. 3). Podle autentických výpovědí se lidé v tomto stavu cítí opuštění, odsouzení okolím a prožívají hanbu a pocit selhání, který jakoby nebral konce (Kudrle, nedatováno, s. 3). Anonymní alkoholici mluví o „dopadnutí na dno“, tedy o bezvýchodné životní situaci, právě jako o duchovním zážitku, který je motivoval ke změně. Podle jejich poznatků je první známkou uzdravení, když si člověk závislý na alkoholu přizná, že potřebuje pomoc, že si sám neporadí (Nešpor, 2004). Teprve po uznání své bezvýchodné situace je možné začít s pomáhající službou, která může člověka přivést k nalezení nového smyslu života bez alkoholu. To, že se jedná o bolestivý proces, není potřeba zdůrazňovat. Kudrle popisuje potřebu prožít si stav „na dně“ takto: *„Tak jako bolí biologický porod na cestě za vlastní identitou, tak také bolí porod spirituální v krizi zvané závislost za identitou otevřenou a relativně nezávislou“* (Kudrle, nedatováno, s. 3).

3.2. Léčba alkoholismu orientovaná na spirituální dimenzi

Léčebné programy v České republice jsou ve většině případů založeny na sebepoznání a sebepřijetí. Existují však i takové, které se primárně zaměřují na duchovní stránku člověka a teprve druhotně naplňují i výše zmíněné cíle běžných programů (Nevšímal, 2004). Miller (1998) ve svém článku uvádí, že ve Spojených státech je publikováno několik knih, které pojednávají o transcendentní meditaci a modlitbě, jako o formě prevence a také léčby návykového chování. Současně v této zemi působí křesťanské organizace zaměřené na spirituálně orientované léčebné programy typu Teen Challenge, Salvation Army nebo hnutí Alcoholics Anonymous (AA) (Miller, 1998, s. 984). Ve světě jsou rozšířeny i další léčebné programy, které se však liší mírou, kterou kladou na spirituální složku léčby. Některé mají až sektářský charakter a izolují jedince od „špatné“ společnosti, jiné si naopak za cíl kladou opětovné zapojení jedince do společnosti (Nevšímal, 2004). Podle Jarguse může být rizikem spirituálního přístupu to, že tyto léčebné programy „nestojí pevně na zemi“

a „zbožnými frázemi“ nahrazují praktické řešení klientova problému (podle Bajer, 2008, s. 14).

Podle Halamy (2007) jde u nábožensky orientované léčby především o rekonstrukci smyslu života, kdy musí být systém přesvědčení, který již neplní svou funkci, nahrazen novým systémem, který nabídne smysluplnou interpretaci dané problémové situace a života jako celku (Halama, 2007, s. 158).

Podle Marlatta a Gorgona (1985) je potřeba, aby dobrý léčebný program vedl klienty k seznámení se s jejich duchovními potřebami. Ty však nemusejí být orientovány křesťanským směrem, jak se běžně v naší společnosti předpokládá, ale mohou být ovlivněny jiným náboženským nebo filosofickým směrem (podle Teen Challenge, 1992). V naší republice se můžeme setkat s několika duchovně orientovanými léčebnými programy. Mezi ně patří například komunita Teen Challenge nebo hnutí Anonymních alkoholiků (AA).

3.2.1. Terapeutická komunita Teen Challenge

Teen Challenge je křesťanský léčebný program, který je postaven na přesvědčení, že drogová závislost je duchovní problém (Teen Challenge, 2001, s. 1). Program byl založen v roce 1958 Davidem Wilkersonem ve Spojených státech amerických. Dnes má ve více než 62 zemích světa svá léčebná centra České republiky nevyjímaje (Nevšímal, 2004).

Cílem programu není lidi zneužívající alkohol nebo jiné návykové látky pouze vyléčit ze závislostí, ale hlavní důraz je kladen na úplné uzdravení člověka. Tuto léčbu může podle léčebného modelu Teen Challenge lidem poskytnout pouze Bůh (Teen Challenge, 2001, s. 1). Studenti (jak jsou klienti programu nazýváni) jsou „křesťanskými učedníky“, kteří jsou v programu dobrovolně, musí se podrobit disciplíně a naučit se svobodně a zodpovědně rozhodovat o svém životě. Denní režim je tvořen prací, modlitbou a dále účastí na mši svaté, společným čtením z Bible, zpěvem, sportem, meditací a samostudiem. Transformující duchovní zážitek z Boží milosti je cílem úspěšné léčby. Ten je také nazýván slovy jako „spasení“ nebo „znovuzrození“ a pomáhá objevit člověku jeho vlastní cenu, posiluje jeho sebedůvěru a pomáhá k přijetí morálních a etických norem (Nevšímal, 2004, s. 183-184). Terapeuti využívají

pastorační poradenství vycházejícího z biblických podnětů¹⁰ jako prostředku k vyučování svých studentů, kteří se musí během léčby naučit žít jako křesťané. Pracovníci programu se pokládají za pouhé pomocníky Ducha svatého, který člověka proměňuje a osvobozuje (Teen Challenge, 1992, s. 5).

3.2.2. Hnutí Anonymních alkoholiků

Hnutí anonymních alkoholiků (*Alcoholics Anonymous*, dále AA) bylo založeno v roce 1935 v Ohio, kde se setkali dva muži, alkoholici, Bill W. a Bob S., kteří založili svépomocnou skupinu pro lidi závislé na alkoholu (Nevšimal, 2004). Hnutí AA lze podle Nevšimala (2004) považovat za předchůdce terapeutických komunit. Zakladatelé hnutí vytvořili tzv. dvanáct kroků AA (*The Twelve Steps AA*), které jsou stěžejní, neboť obsahují všechny zásady hnutí, z nichž některé byly převzaty od již existující duchovně orientované Oxfordské skupiny¹¹ (Nevšimal, 2004, s. 162). Příklon k Bohu a myšlenky sebezpytování, přiznání charakterových chyb, odškodnění za předchozí ublížení a práce pro druhé, se staly stěžejními pilíři svépomocného hnutí. Hnutí AA se nehlásí k žádné konkrétní církvi, sektě ani k jakékoliv jiné instituci. V České republice má hnutí několik stovek členů a kromě skupinových setkání se orientují také na individuální formu vedení, kdy zkušenější člen hnutí AA vede nováčka na jeho cestě k abstinenci (Nevšimal, 2004, s. 162). Členové AA hovoří v kontextu závislosti o nemocné duši člověka, který se potýká s duchovním krachem. Ten přichází až ve fázi, kdy závislý padne na dno a uvědomí si sebezničující důsledky svých činů. Dvanáct kroků AA nabízí podnětné duchovní impulsy, které pomáhají nejen ukončit bludný kruh závislosti, ale především vyléčit nemoc duše (Grofová, 1998, s. 30).

Všech dvanáct kroků AA uvádíme v příloze. Na tomto místě pouze stručně shrneme, že zásady dvanácti kroků AA pomáhají lidem získat povědomí o „vyšší moci“, obrací je k prosbě o Boží pomoc, vedou k modlitbě, meditaci

¹⁰ V příloze jsou uvedeny konkrétní biblické impulzy/myšlenky sestavené programem Teen Challenge.

¹¹ Oxfordská skupina byla založena v roce 1909 luteránským pastorem dr. Frankem Buchmanem. Její členové usilovali o „konverzi“ a „osvícení“ prostřednictvím veřejného vyznání hříchů a jejich odčiněním. Chtěli dosáhnout absolutních hodnot jako čestnost, čistota, nesobeckost a láska. Zakladatelé AA převzali tyto principy v mírnější formě.

a vyznání všeho zlého (Miller, 1998, s. 984). Jejich úspěšnost však není podle Nešpora (2002) primárně dána ani tak spirituálními prožitky, kterých její členové dosahují, jako spíše tím, že jim svépomocná skupina poskytuje pevnou sociální síť vztahů, pomáhá jim nezapírat problém s alkoholem, ale otevřeně o něm mluvit, a stále posiluje jejich motivaci k abstinenci. Členové hnutí AA umí podle tvrzení Nešpora (2002) také snadněji požádat o pomoc a předcházet tak stresovým situacím. Díky účasti na setkáních se ještě k tomu zbavují nepříjemného pocitu stigmatizace (Nešpor, 2002, s. 2). Kubicek (1998) dodává, že spirituální dimenze má z dlouhodobého hlediska zajisté také svou neopomenutelnou úlohu, avšak nelze ji blíže vypořádat, neboť se neprojevuje konkrétními vnějšími úkony a činy (podle Nešpor, 2002).

3.2.3. Výzkumy v oblasti spirituálně orientované léčby

Výzkumy se zaměřením na spiritualitu

Odborné výzkumy v oblasti léčby závislostí, která je orientovaná na spirituální dimenzi člověka, nejsou v našich podmínkách k dispozici. Ve Spojených státech není podle Millera (1998) situace o moc lepší. I když zde bylo provedeno několik výzkumů, zřídka kdy byly podloženy vědecky ověřitelnými daty. Složitost průzkumů tohoto typu je v tom, že nebyla stanovena žádná spirituální stupnice, která by hodnotila výsledky léčby (Miller, 1998, s. 985).

Teen Challenge na svých internetových stránkách udává, že ve Spojených státech proběhlo několik nezávislých studií, které zjistily, že 80% jejich klientů úspěšně dokončilo program. Je to však pouze neúplná informace, která neříká nic konkrétnějšího o spirituálním významu této léčby a o jejím dlouhodobém výsledku. V rámci působení hnutí Anonymních alkoholiků byla provedena srovnávací studie MATCH (1997), která zjistila, že léčebný program založený na dvanácti krocích Anonymních alkoholiků má o něco lepší léčebné výsledky než jiné programy (Nešpor, 2002).

Miller (1998) současně upozorňuje na další problém při výzkumu úspěšnosti těchto léčebných metod. Náboženská víra a spirituální dimenze závislosti totiž nejsou téměř vůbec známá témata mezi odborníky

specializovanými na duševní zdraví, a zejména jejich znalost schází mezi psychoterapeuty, kteří nejčastěji zkoumají výsledky léčby alkoholismu a jiných drog. Nedostatek znalostí a nástrojů potřebných ke studiu duchovních proměn následně způsobuje, že odborníci nemohou efektivně pomoci. Podle Millera (1998) by se proto spirituální témata neměla nadále považovat za něco „nevědeckého“, jinak totiž hrozí, že dojde k utužení akutního nedostatku spirituálně orientovaných léčebných programů, což by podle autora byla velká chyba (Miller, 1998, s. 985).

Výzkumy se zaměřením na smysl života

I když relevantní výzkumy týkající se úspěšnosti spirituálně zaměřené léčby chybí, můžeme se setkat s jinak orientovanými výzkumy.

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, vznik závislosti může být mimo jiné spjat s nenaplněným spirituálním prožíváním člověka (Kudrle, 2003). Zároveň bylo zjištěno, že lidem závislým na alkoholu prokazatelně schází smysl života (Kavenská, 2009). Na základě těchto dvou tvrzení byly provedeny výzkumy, které potvrdily, že náboženská konverze (která sebou nese i neopomenutelný spirituální prvek) pomáhá člověku k nalezení smyslu života. Halama (2007) uvádí výzkum Paloutziana (1981), podle něhož je úroveň smysluplnosti člověka po prožití konverze velice vysoká. Konvertité to často vyjadřují slovy: „*Bůh mi dal nový život.*“, „*Od té doby žiji krásný a plnohodnotný život.*“, „*Pocítila jsem velkou radost a hlavně chuť do života.*“ (s. 155).

3.3. Sociální práce s alkoholově závislými a abstinujícími klienty

Sociální práce s lidmi závislými na alkoholu je v odborné literatuře podle názoru autorky nedostatečně zpracována. Snad to mimoděk odráží skutečnost, že ani v praxi není této cílové skupině věnována dostatečná a zajištěná pozornost. Alkoholové závislosti byly ještě donedávna pouze v kompetenci lékařů, psychiatrů, popřípadě psychologů, kteří se orientovali na zdravotní a psychické fungování těchto lidí. Byl to přetrvávající trend z doby před rokem 1989. V devadesátých letech však naštěstí vzrostl význam nestátních

neziskových organizací (NNO), které se pokoušejí zacelit mezery v prevenci, léčbě a rehabilitaci uživatelů alkoholu s využitím alternativních přístupů a programů (Radimecký, 2006).

V současné době v České republice bohužel patří alkoholová politika k marginalizovaným oblastem (Běláčková, 2011). Velkým problémem je především fakt, že se v protidrogových strategiích opomíjí zneužívání legálních drog, mezi které právě alkohol patří (Radimecký, 2006). Nadějí je snad skutečnost, že v březnu tohoto roku se členové Světové zdravotnické organizace (WHO) poprvé shodli na zavedení komplexní strategie, která by škodlivé užívání alkoholu kontrolovala (Běláčková, 2011).

Sociální pracovník se může s uživateli alkoholu setkat téměř v každé sociální službě, ale pouze některé z nich jsou na práci s těmito klienty odborně připraveny. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje několik služeb, které jsou orientovány na cílovou skupinu uživatelů návykových látek. Lidé závislí na alkoholu tak mohou zajisté využívat základní i odborné sociální poradenství, avšak v největší míře jsou pro ně určeny služby sociální prevence jako jsou domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy nebo sociální rehabilitace. Hlavním předpokladem pro sociální práci s klienty závislými na alkoholu je odborná znalost alkoholismu jako nemoci, která ovšem nepostihuje jen klienta. Podle Novotného (2007) je nutné pamatovat také na to, že alkoholismus různou mírou zasahuje všechny členy rodiny, přátele, spolupracovníky a blízké člověka závislého na alkoholu (podle Bajer, 2007). V této práci se blíže nebudeme věnovat sociální práci s rodinou. Přesto bychom chtěli zdůraznit, že spolupráce s rodinou je stěžejním pilířem úspěšné sociální práce s klientem závislým na alkoholu a více informací o její možné podobě nalezne čtenář například v časopise Sociální práce č. 3/2007.

3.4. Spirituální dimenze sociální práce

Spiritualitu můžeme v sociální práci objevit v trojí podobě. Buď můžeme hovořit o spirituálně orientovaném přístupu, který se projevuje tím, že sociální pracovník ve svém klientovi za všech okolností vidí člověka stvořeného Bohem

a snaží se k němu přistupovat s láskou. Nebo může sociální pracovník vést s klientem rozhovor na duchovní téma, hovořit s ním o smyslu života, bolesti a utrpení. A v neposlední řadě může sám sociální pracovník rozvíjet svou spiritualitu, která ho následně bude ovlivňovat v jednání s klientem.

Sociální pracovník si při své práci musí být vědom toho, že nic není hodnotově neutrální a vše, co dělá, se určitým způsobem klienta dotýká (Sermabeikian, 1994). Každý klient, který přichází do služby, má bezpochyby svůj osobitý duchovní život, který ho více či méně ovlivňuje v jeho jednání. Powell (1988) píše, že spiritualitu lze zařadit mezi intimní témata, a proto případný rozhovor o jejím významu pro klienta vyžaduje zvláštní mezilidský vztah projevující se pochopením a pocitem důvěry (podle Sermabeikian, 1994, s. 182).

Guy Gilbert, francouzský kněz působící mezi delikventní mládeží, může být vzorným příkladem duchovní otevřenosti vůči klientům. V jeho knize se dočteme, že když se při práci setká například s mladými muslimy, tak jim dá do ruky Korán a modlitební koberečky. Chce totiž po nich, aby správně prožívali své náboženství, svůj osobní vztah s Bohem (Gilbert, 2008, s. 99). Takto by mohl vypadat také spirituálně orientovaný přístup v sociální práci.

Sestra Marie Immaculata, působící v Brně v K-centru v organizaci Podané ruce, na jedné ze svých přednášek řekla, že sama sociální práce řeší pouze sociální situaci klienta. Pokud by se však chtěla zaměřovat také na duchovní prožívání, musí obsahovat často opomíjený prvek, kterým je pastorační péče. Pastorační péče vychází z křesťanství a jedná se ve své podstatě o doprovázení klienta v otázkách víry a spirituality (Opatrný, 2004). Podle sestry Immaculaty je hlavním cíle pastorační péče „být s klientem“. Být s ním v jeho problémech, v jeho alkoholických stavech, v jeho bolestech a stále věřit, že jednou nastane změna k lepším. V podobném smyslu hovoří také sestra Leona Martinková z Charity Olomouc, že je velice důležité zůstat s člověkem i ve chvílích, kdy se jeho abstinence nezdaří, kdy dojde k recidivě¹². Tehdy je pozice pomáhajícího pracovníka nenahraditelná a smysluplná. Takové tvrzení je překvapivé, neboť ve většině učebnicích sociální práce se dočteme, že jednání s klientem pod vlivem drogy je neúčelné. Rauchfleisch (2000) však tomuto názoru také

¹² Recidiva – opětovné propuknutí nemoci (klient začne znovu konzumovat alkohol).

oponuje, neboť z vlastní zkušenost ví, že bezpodmínečné přijetí klienta je nutné v každé situaci. Jako terapeut pracoval s klientem, který nechtěl přicházet na schůzky, ale pravidelně mu místo toho telefonoval pod znatelným vlivem alkoholu. Terapeut respektoval toto jeho chování a díky tomu časem odhalil, že klient v opojení alkoholem a přes telefon dokázal lépe než v přímém kontaktu vyjádřit to, co cítil (Rauchfleisch, 2000, s. 48-50).

V podobném duchu bychom tedy chtěli říci, že i sociální práce obsahující spirituální dimenzi by měla respektovat jedinečnost a důstojnost každého klienta bez ohledu na jeho vnější projevy. Sociální pracovník by se měl neustále snažit dávat člověku najevo, že se svým problémem není osamocen, že má spojence, který při něm stojí v každé situaci (Opatrný, 2004).

Spiritualita v sociální práci ve Spojených státech amerických

Jak uvádí Messina (2005), kořeny sociální práce nalzáme v dějinách povětšinou ve spojitosti s náboženskými institucemi, kdy křesťanské řády, komunity i jednotlivci pomáhali různě postiženým lidem k lepšímu a kvalitnějšímu životu. Russel (1998) provedl ve Spojených státech průzkum mezi fakultami, na kterých se vyučuje sociální práce, aby zjistil, jak jsou tyto náboženské kořeny reflektovány v současné sociální praxi. Podle jeho zjištění se v osnovách fakult objevují kurzy jako „osobnost studenta, spirituální a profesní růst“, „duchovně zaměřené metody“, „porozumění a respektování duchovní rozmanitosti“, „spolupráce s náboženskými a spirituálními organizacemi“, „práce se spirituálními tématy v praxi“ a podobné (Russel, 1998, s. 22). Na základě těchto poznatků by se dalo tvrdit, že sociální pracovníci jsou důsledně vedeni k prožívání vlastního duchovního života. Skutečnost, že Spojené státy jsou kolébkou komunitních programů jako je Teen Challenge nebo hnutí AA, taktéž napovídá tomu, že je v této zemi spirituální dimenze sociální práce mnohem více diskutovaným a do praxe uváděným tématem než v českém prostředí. Z dalších průzkumu ve Spojených státech také vyplynulo, že zájem o vzdělávací kurzy zaměřené na spiritualitu je mezi studenty sociální práce nevídaně velký. Podle Russela (1998) to jen odráží narůstající hlad celé společnosti po spiritualitě (s. 27). Přesto se i zde musejí potýkat z velkými výzvami (*challenge*), kterými jsou zejména nesouhlas ze strany odborné veřejnosti se zapojováním duchovně orientovaných metod do praxe a také

nedostatek vhodných odborných učebnic pro studenty na toto téma (Russel, 1998, s. 23).

3.4.1. Postmoderní pohled na prožívání spirituality

Při bližším studiu literatury se objevil jeden zásadní problém. Jak vlastně definovat samotný termín spirituálně orientovaná sociální práce. Co by mohlo být konkrétně myšleno spirituálním přístupem v sociální práci. To se nám bohužel nepodařilo v žádné odborné publikaci najít. Podle Holdena (2002) se totiž náboženská víra a s ní spojené prožívání duchovna v posledních desetiletích přesunulo do soukromé sféry člověka. Původní kolektivní uctívání Boha se transformovalo do privatizované sféry, kde člověk sám hledá individuální vztah k Bohu (podle Navrátil, Navrátilová, 2008). Lidé v současnosti nechtějí podléhat závazným náboženským regulím, dogmatům a absolutním hodnotám. Svoboda konstruovat si vlastní náboženskou identitu tak vyústila v nové chápání spirituality. Tato nová postmoderní role spirituality je důležitá v té míře, do jaké pomáhá jednotlivci najít životní cestu a své místo na světě (2008, Gray, podle Navrátil, Navrátilová, 2008, s. 127).

Nastíněný pohled na postmoderní chápání spirituality tak před námi otevírá problematiku, jak vlastně téma spirituality uchopit v jeho současné šíři a variabilitě.

3.4.2. Křesťanská spiritualita

Haičman (2008) v rozhovoru pro časopis Sociální práce říká, že v českém prostředí se především organizace Charita vymyká z klasického pojetí sociálních služeb tím, že nabízí svým klientům něco „navíc“. Tím „navíc“ je duchovní rozměr služby (podle Bajer, 2008, s. 20).

V podobném duchu se vyjadřuje také Benedikt XVI., který v encyklice *Deus caritas est* zdůrazňuje, že charitní pracovníci v pomáhajících profesích nemohou být vybaveni pouze odbornými znalostmi, ale jejich práci musí prostupovat také žitá spiritualita. „Klienti jsou totiž lidské bytosti, které vždy potřebují něco víc nežli pouze technicky správně prováděnou péči. Potřebují lidskost. Potřebují pozorné srdce.“ (Deus caritas est, č. 31). V návaznosti na to se v encyklice dále uvádí, že kromě odborné přípravy by proto měli sociální

pracovníci také formovat svá srdce. Sami by měli být ukotveni ve své víře a zažívat setkání s Bohem a Kristem (Deus caritas est, č. 31).

3.4.3. Individuální plánování s ohledem na spiritualitu klienta

Podle Navrátila a Navrátilové (2008) je sociální práce především profesí, která by měla pomoci lidem rozvíjet jejich identitu, aby byli schopni převzít plnou odpovědnost za svůj život. Takové postupné zplnomocňování klienta může nabývat různých podob, které by zajisté měly reflektovat také spirituální prožívání klienta.

Jak již jednou řekl Archimédes „Dejte mi pevný bod a pohnu Zemí.“, tak v podobném duchu i člověk má přirozenou potřebu ukotvit svůj život v jednom bodě, aby mohl plánovat a realizovat svůj život (1995, Bauman podle Navrátil, Navrátilová, 2008, s. 127). Tímto pevným bodem může být právě víra v Boha. Ta s sebou přináší kromě pocitu jistoty také morální hodnoty, smysl života a pocit zodpovědnosti k sobě samému (Papežská rada pro pastorační zdravotnických pracovníků, 2004).

To jsou důležité poznatky, které by měl mít sociální pracovník na zřeteli především, když se setká s klienty, kteří po absolvování léčby ukotvili svůj život v Bohu. Mnozí z nich totiž považují duchovní život za významnou a nepostradatelnou součást svého života. Úkolem sociálního pracovníka je proto umět na jejich situaci vhodně zareagovat (1990, Shafranske, Maloney, podle Sermabeikian, 1994, s. 178-179).

Konkrétněji bychom to mohli uvést na individuálním plánování¹³. Náplň plánované služby totiž musí respektovat nejen fyzické, psychické a sociální schopnosti klienta, ale také jeho hodnoty, etická dilemata a morální úsudky, které povětšinou vycházejí právě z klientova duchovního života, z jeho vztahu k Bohu (2004, Musil, Nečasová, podle Navrátil, Navrátilová, 2008). V praxi to může vypadat tak, že sociální pracovník bude klienta podporovat v účasti na svépomocných skupinách AA, dodá mu odvalu a posilu, aby se smířil se svými blízkými, aby odpustil sám sobě. Pomůže mu v jeho začlenění do místního

¹³ Podle prováděcí vyhlášky k zákonu č. 108/2006 Sb. je individuální plánování průběhu sociální služby jedním ze stěžejních standardů kvality sociálních služeb.

církevního společenství a nabídne mu pastorační péči kněze či jiné kompetentní osoby (Sermabeikian, 1994, s. 182). V rámci individuálního plánování může sociální pracovník také informovat klienta o plánovaných duchovních cvičeních, poutích, pobytech v klášteře nebo mu doporučí vhodnou duchovní literaturu (Opatrný, 2004).

3.5. Pozice sociálního pracovníka v terapeutické komunitě

V posledních podkapitolách jsme se pokusili spirituální dimenzi sociální práce nalézt a popsat v konkrétních zařízeních, která definuje zákon o sociálních službách. Vybrali jsme terapeutickou komunitu a doléčovací centrum, kde se dá spirituální přístup ke klientům uplatnit.

3.5.1. Definice terapeutické komunity

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je terapeutická komunita pobytová služba na přechodnou dobu pro klienty závislé na návykových látkách. Jejím cílem je znovu začlenění lidí s drogovou minulostí do běžného života. Služba poskytuje stravu, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost, pomoc při uplatňování práv, osobních zájmů a při řešení sociálních záležitostí (§ 68 zákona č. 108/2006 Sb.).

Velice zajímavou definici komunity poskytuje Richterová-Těmínová (2007), která považuje terapeutickou komunitu v první řadě za společenství, které navazuje na tradici společenství prvotních křesťanů. Paralelu vidí v tom, že obě společenství mají jasnou strukturu a hierarchii (s. 31-32). Komunita současně poskytuje člověku závislému na alkoholu tolik potřebnou společnost dalších lidí, kteří ho chápou a přijímají, což nabývá na významu zejména u klientů, kteří nikdy nezažili přijetí v rodině (Martínková, 2011). Deitch (1981) popisuje terapeutickou komunitu jako místo víry, kde jednotlivé členy spojuje přesvědčení, že se mohou změnit a mohou změnit také celý svůj život. Pokud by tato víry v lepší budoucnost scházela, nešlo by v komunitě ani pracovat, ani se léčit (podle Richterová-Těmínová, 2007, s. 32).

3.5.2. Náplň práce sociálního pracovníka v terapeutické komunitě

Sociální pracovník může zaujímat v komunitě dvě pozice. Buď bude součástí terapeutického týmu a sociální práci bude vykonávat jako druhotnou činnost, nebo bude plně sociálním pracovníkem a nebude přítomen terapeutických, léčebných ani jiných aktivit v této oblasti. Obě pozice mají svá pro i proti (Makovská-Dolanská, 2007, s. 153-154). Přesto bychom se spíše přiklonili ke druhé variantě, která říká, že náplň práce sociálního pracovníka je především zpracovávání sociální anamnézy a spolupráce s klientem na definování konkrétních problémů a způsobu jejich řešení. Otázkou je, zdali klient v léčebné komunitě bude schopen řešit své sociální problémy, zatím co se bude muset vyrovnávat se svou osobní krizí (Makovská-Dolanská, 2007, s. 155). Přesto je sociální práce v terapeutické komunitě nenahraditelná.

Terapeutické komunity byly a povětšinou ještě stále jsou primárně zaměřené na osoby s drogovou závislostí. Přesto se již objevují nová zařízení tohoto typu, která přijímají také lidi závislé na alkoholu.

3.6. Pozice sociálního pracovníka v doléčovacím centru

V následujícím textu budeme pojednávat o práci s klienty, kteří již absolvovali léčbu alkoholové závislosti a opouštějí psychiatrickou léčebnu, terapeutickou komunitu nebo ukončují ambulantní formu léčby. Ve většině případech jsou tito lidé ohroženi sociálním vyloučením, neboť nemají ubytování, práci, ani dostatečné sociální kontakty. Mohou se tak například obrátit na sociálního kurátora pro dospělé, který jim poskytne základní sociální poradenství a v případě zájmu jim pomůže s nalezením vhodné sociální služby (Bachmann, Pěnkava, 2008). Nejvhodnější službou pro tuto cílovou skupinu budou zajisté zařízení následné péče zastoupené doléčovacími centry.

V rámci praxe jsem měla možnost pobývat dva týdny v doléčovacím centru v Olomouci, tudíž budu v následujícím textu využívat také své vlastní zkušenosti a nabyté vědomosti.

3.6.1. Definice doléčovacího centra

Doléčovací centra patří podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách mezi služby následné péče. Mohou být poskytovány formou ambulantní nebo pobytové služby. Jsou určeny mimo jiné osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly nezbytnou léčbu nebo v současné době abstinují (§ 64 odst. 1). P-centrum v Olomouci má například ve svém průvodci pro zájemce o službu (2009) uvedeno, že žadatelé o přijetí do zařízení musí podstoupit nejméně tříměsíční rezidenční léčbu a musí být motivováni k abstinenci, aby se mohli stát klienty zařízení.

Součástí doléčovacích center může být ubytování například formou zvýhodněného bydlení, jak je tomu v P-centru Olomouc. V doléčovacím centru probíhají zejména sociálně terapeutické činnosti, které poskytují vyškolení psychoterapeuti. Současně s klientem spolupracuje sociální pracovník, který mu pomáhá zprostředkovat kontakt se společenským prostředím a získat tak sociální dovednosti pro samostatný život bez drog. Služba nabízí klientovi také pomoc při uplatňování jeho práv, zájmů a při řešení zdravotních, sociálních, právních a finančních problémů (§ 64 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb.).

3.6.2. Náplň práce sociálního pracovníka v doléčovacím centru

Doléčovací centra se dříve zaměřovala pouze na drogově závislé klienty a nepřijímala klienty, kteří se vyléčili ze závislosti na alkoholu. V současnosti je situace naštěstí o trochu lepší. V Brně například funguje od roku 2004 již samostatná nezisková organizace Lotos, která se zaměřuje pouze na alkoholově závislé klienty.

Pracovní náplň sociálního pracovníka v doléčovacích centrech začíná ještě před příchodem klienta. Žadatel o službu musí nejdříve zaslat do zařízení potřebné materiály a teprve na jejich základě může být rozhodnuto o jeho přijetí do služby. Při nástupu klienta do doléčovacího centra ho sociální pracovník seznámí se všemi klienty a pracovníky. Obeznámí ho s programem a režimem, který v zařízení funguje a v případě využívání zvýhodněného bydlení ho ubytuje. V průběhu poskytování služby se od klienta vyžaduje jeho spolupráce například při hledání vhodného zaměstnání nebo při řešení případných dluhů.

Sociální pracovník vede složku klienta a stále ji aktualizuje podle pokroků, kterých klient v sociální oblasti dosáhl (P-centrum Olomouc, 2009). Průběžná práce s klientem v doléčovacím centru má podpůrný charakter. Sociální pracovník zastává pozici rádce, který pomáhá klientovi vytyčit priority, které je potřeba začít řešit, a podporuje ho v trpělivosti a vědomí, že je schopen své problémy postupně a samostatně řešit (Müllerová, Matoušek, Vondrášková, 2010, s. 223).

Náplní práce se tak stává podpora při výběru vhodného pracovního místa, pomoc při orientaci na trhu práce, při psaní životopisu a při kontaktování zaměstnavatele. Dále poskytuje sociální a pracovněprávní poradenství a v mnoha případech plánuje s klientem splácení dluhů a sepisuje splátkové kalendáře. Podle standardu kvality sociálních služeb č. 8 také zprostředkovává kontakty na jiné instituce, služby a odborníky (Lotos Brno, 2011). V neposlední řadě motivuje klienta k aktivnímu využívání volného času tím, že rozšiřuje jeho zájmy a koníčky například formou klubů v rámci doléčovacího centra (P-centrum, 2009). Pokud hovoříme o spirituálním přístupu v sociální práci, tak by zajisté neměl sociální pracovník v doléčovacím centru opomenout skutečnost, která vyplynula i z této práce. Po zbavení závislosti zůstává v člověku prázdnota a on zcela přirozeně touží po jejím zaplnění (Martinková, 2011). Proto by pomáhající pracovník měl právě tuto sféru registrovat a snažit se s klientem o její plnohodnotné naplnění.

Shrnutí

Jak vyplývá z nastudovaných zdrojů, je potřeba apelovat na rozvoj duchovního života sociálního pracovníka (Russel, 1998). Ten by neměl zajišťovat jen sociální dávky, ubytování a zaměstnání klienta, ale měl by s ním také prožívat jeho problémy a bolesti (Maria Immaculata, 2011). Měl by s klientem individuálně plánovat průběh služby a to s ohledem na rozvoj jeho duchovního života (Sermabeikian, 1994, s. 181).

Závěr

Alkoholismus je od poloviny 20. století považován za jednu z nejnebezpečnějších toxikomanií, která člověka i jeho nejbližší okolí zotročuje (Sournia, 1999). V České republice je podle statistik WHO alkoholismus trvalým a závažným rizikovým problémem, před kterým ještě donedávna celá společnost zavírala oči (WHO, 2010, s. 19; Csémy a kol. 2009, s. 23).

Cílem bakalářské práce proto bylo podívat se na problematiku alkoholismu z opomíjeného spirituálního pohledu.

Na základě nastudované literatury bylo jednoznačně prokázáno, že spirituální dimenze člověka je nepostradatelnou součástí jeho života a její nenaplnění může vést ke vzniku závislosti (Kudrle, 2003).

Grofová (1998) označila spiritualitu za mocnou součást každého člověka, která pomáhá jedinci nalézt smysl života (s. 31). Pokud tedy dojde ke krizi v duchovním životě, vede to současně k pozbytí smyslu života. Pak se podle Frankla rozvíjí *existenciální frustrace*, která má za následek vznik patologických závislostí, mezi něž můžeme počítat zajisté také alkoholismus (Vymětal a kol., 2004, s. 258). Při léčbě je proto potřeba zaměřit se především na skutečnost, že alkohol se stal pro člověka bohem, smyslem života, kolem kterého se všechno točí (Teen Challenge, 1992). Jen na základě vytvoření nového vztahu k Bohu lze objevit skutečný smysl lidského bytí na zemi (Jargus podle Bajer, 2008).

Terapeutická komunita Teen Challenge nebo hnutí Anonymních alkoholiků se zaměřují na spirituální prožívání člověka, ovšem každý program svým vlastním specifickým způsobem.

Na základě studia odborných publikací bylo dále zjištěno, že postmoderní člověk se odmítá ve svém vztahu k Bohu nechávat omezovat dogmaty, předpisy a kolektivem věřících. Jeho prioritou je svoboda, ve které může vytvářet svůj vlastní osobní vztah k Bohu, a tím pádem prožívat i svou vlastní spiritualitu, která může mít mnoho forem a podob (2008, Gray, podle Navrátil, Navrátilová, 2008, s. 127). Z důvodu této rozmanitosti spirituálního prožívání nelze definovat konkrétní způsoby následné péče o abstinující klienty.

Obecně lze říci, že sociální práce se spirituálním zaměřením je především ovlivněna samotnou osobností sociálního pracovníka a prožíváním jeho vlastní

spirituality. Podle sestry Immaculaty (2011) musí sociální pracovník hlavně „být s klientem“. Měl by se mu neustále snažit dávat najevo, že se svým problémem není osamocen, že má spojence, který při něm stojí v každé situaci (Opatrný, 2004).

Sociální práce je současně profesí, která by měla klientovi pomoci rozvíjet jeho identitu, aby byl schopen převzít plnou odpovědnost za svůj život (Navrátil, Navrátilová, 2008). Toho však nelze dosáhnout, pokud klient nepřijme sám sebe. Proto je nutné mít stále na paměti dvanáct kroků AA, které apelují na potřebu usmíření se nejen s druhými lidmi, ale také se sebou samými a především s Bohem. Pokud již klient prožívá určitý vztah k Bohu, je možné na tomto jeho duchovním životě dále pracovat například formou individuálního plánování, které bude zahrnovat účast na bohoslužbách, duchovních cvičeních a podobně (Opatrný, 2004).

Při psaní bakalářská práce jsme se setkali s obtížemi způsobenými především nedostatkem odborné literatury. Zejména nám chyběly publikace zaměřené na spirituální dimenzi sociální práce. Problémem byla také nedostupnost česky psaných knih na téma sociální práce v terapeutických komunitách a doléčovacích centrech.

V tomto ohledu jsme proto dospěli ke zjištění, že by v českém prostředí bylo vhodné se zaměřit na léčbu alkoholové závislosti nejen z pozice lékaře či psychoterapeuta, ale také a především z pozice sociálního pracovníka, který může v této oblasti nalézt široké pole působnosti.

Bibliografie

Prameny

Grofová, CH. (1998). *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojko nakladatelství.

Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press.

Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.78-82). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kudrle, S. (nedatováno): Závislost jako spirituální učitel? [online]. Dostupné 23. 9. 2010 z <<http://www.adiktologie.cz/download/645/Zavislost-jako-spiritualni-ucitel-S.Kudrle.pdf>>

Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, č. 7, s. 979–990.

Navrátil, P. Navrátilová J. (2008). Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca*, č.4, s. 124-135.

Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.

Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.

Sermabeikian, P. (1994). Our Clients, Ourselves: The Spiritual Perspective and Social Work Practice. *Social work*, roč. 39, č. 2, s. 178-183.

Teen challenge (2001): Jak se zbavit závislosti [online]. Dostupné 17. 11. 2010 z <http://www.teenchallenge.cz/>

Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: TRITON.

Literatura

Bajer, P. (2008). Činnost Charity je zárukou důvěryhodné filantropie a veřejné prospěšnosti (rozhovor s Oldřichem Haičmanem). *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4, s. 18-20.

Bajer, P. (2007). Filosofie Teen Challenge je pomoci lidem najít lepší způsob života založený na křesťanských hodnotách (rozhovor s Markem Novotným). *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, s. 41-42.

Bajer, P. (2008). Odborníci oprávněně vytýkají duchovním tendenci nahrazovat závislost na drogách jinou závislostí – na náboženské víře (rozhovor s Markem Jargusem). *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4, s. 13-14.

Bém, P. Kalina, K. Radimecký, J. (2003). Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.33-40). Praha: Úřad vlády České republiky.

Csémy, L. Chomynová, P. Sadílek, P. (2009). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) : výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha : Úřad vlády České republiky.

Dočkal, J. (2000). *Člověk a drogy*. Praha: Éthum.

Elliot, J. Place, M. (2002). *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada.

- Gilbert, G. (2008). *Evangelium podle svatého lotra*. Praha: Portál.
- Grof, S. Grofová, Ch. (1999). *Krize duchovního vývoje*. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Hajný, M. (2003). Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.140-144). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Halama, P. Adamovová, L. Hatoková, M. Stríženec, M. (2006). *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Halík, T. (2002). *Co je bez chvění, není pevné*. Praha: Lidové noviny.
- Janík, A. Dušek K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
- Kooyman, M. De Leon, G. Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Lidové noviny.
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.107-113). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kvapilík, J., Svobodová, A. a kol. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicentrum.
- Langmeier, J. Balcar, K. Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Machalová M. a kol. (2010). *Dialógy o závislostiach*. Bratislava: Kvalita života N.O.
- Makovská-Dolanská, P. (2007). Sociální práce. In Nevšimal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 153-159). Praha: Lidové noviny.

Marhounová, J. Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha: Empatie.

Martinek, M. (2008). *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK.

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.

Messina, R. (2005). *Dějiny charitativní činnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2003). Odvykací syndrom a carving – klinické a behaviorální aspekty. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.119-123). Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2004). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sdružení FIT IN.

Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý*. Brno: Host.

Ondrejko, P. Poliaková, E. a kol. (1999). *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie ved.

Papežská rada pro pastorační zdravotnických pracovníků (2004). *Církev, drogy a toxikománie*. Trnava: Dobrá kniha.

P-centrum Olomouc (2009). *Průvodkyně Doléčovacího centra*. Olomouc: P-centrum.

Rauchfleisch, U. (2000). *Doprovázení a terapie delikventů*. Boskovice: Albert.

- Richterová-Těmínová, M. (2007). Filosofie léčby. In Nevšímal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe* (s. 31-37). Praha: Lidové noviny.
- Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- Rucki, Š. (2007). *Je někdo z vás nemocen?*. Praha: Návrat domů.
- Russel, R. (1998). Spirituality and Religion in Graduate Social Work Education. In Canda, E. R. (Eds.), *Spirituality in social work: new directions* (s. 15-30). Binghamton: The Haworth Pastoral Press.
- Skála, J. (1988). *...až na dno!?*. Praha: Avicentrum.
- Sournia, J. Ch. (1999). *Dějiny pijáctví*. Praha: Garamond.
- Trestní zákon*. Zákon č. 40/2009 Sb. v účinném znění ke dni 7. 2. 2011.
- Vágnerová, M. (2000). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vácha, M. (2010). *Kéž bych pod hvězdami dobře odtančil svůj tanec*. Brno: Cesta.
- Vymětal, J a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- World Health Organization (2010). European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 7. 2. 2011.

Jiné zdroje

Bachmann, O. Pěnkava, P. (2008): Sociální síť pro ohrožené druhy člověka [online]. Dostupné dne 12. 4. 2011 z

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/s/2001/0022/22tema.html>

Běláčková, V. (2011): Globální strategie pro snižování škodlivého užívání alkoholu [online]. Dostupné dne 6. 4. 2011 z

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/2744/Globalni-strategie-pro-snizeni-skodliveho-uzivani-alkoholu>

DC Magdaléna-Podolí (2011): Ambulantní doléčovací program [online].

Dostupné dne 6. 4. 2011 z <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=30>

Kavenská, V. (2009). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu. *Elektronický časopis ČMPS* [online], roč. 3, s. 1-11. Dostupné 24. 10. 2010 z <http://e-psycholog.eu/clanek/41>.

Konvalinková, M. I. (2011). Význam pastorační služby mezi uživateli drog (přednáška). Dne 14. 4. 2011 v Olomouci, autorizováno autorkou.

Lotos Brno (2011): Nabízené služby [online]. Dostupné dne 6. 4. 2011

z <http://www.lotos-brno.cz/sluzby/sluzby.html>

Martinková, L. (2011). Bezdomovectví (přednáška). Dne 14. 4. 2011 v Olomouci, autorizováno autorkou.

Nešpor, K. (2002): Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým [online]. Dostupné 7. 4. 2011 z <http://drnespor.eu/addictcz.html>

Opatrný, A. (2004): Pastorační péče v méně obvyklých situacích [online].

Dostupné dne 19. 4. 2011 z http://www.knihovna.net/KNIHA/0054_to1.htm

Radimecký, J. (2006): Česká drogová politika 1993-2003: analýza vývoje – 1. část [online]. Dostupnost dne 6. 4. 2011 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/210/Ceska-drogova-politika-1993-2003-analyza-vyvoje-1-cast>

Radimecký, J. (2006): Česká drogová politika 1993-2003: analýza vývoje – 2. část [online]. Dostupnost dne 6. 4. 2011 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/221/Ceska-drogova-politika-1993-2003-analyza-vyvoje-2-cast>

Teen Challenge (1992): Léčebný model Teen Challenge [online]. Dostupné dne 7. 4. 2011 z http://teenchallenge.cz/images/stories/lecebny_model_teen_challenge.pdf

Seznam příloh

Příloha A - Graf konzumace alkoholu dospělé populace ve 48 zemích Evropy

Příloha B - Dvanáct kroků hnutí Anonymních alkoholiků

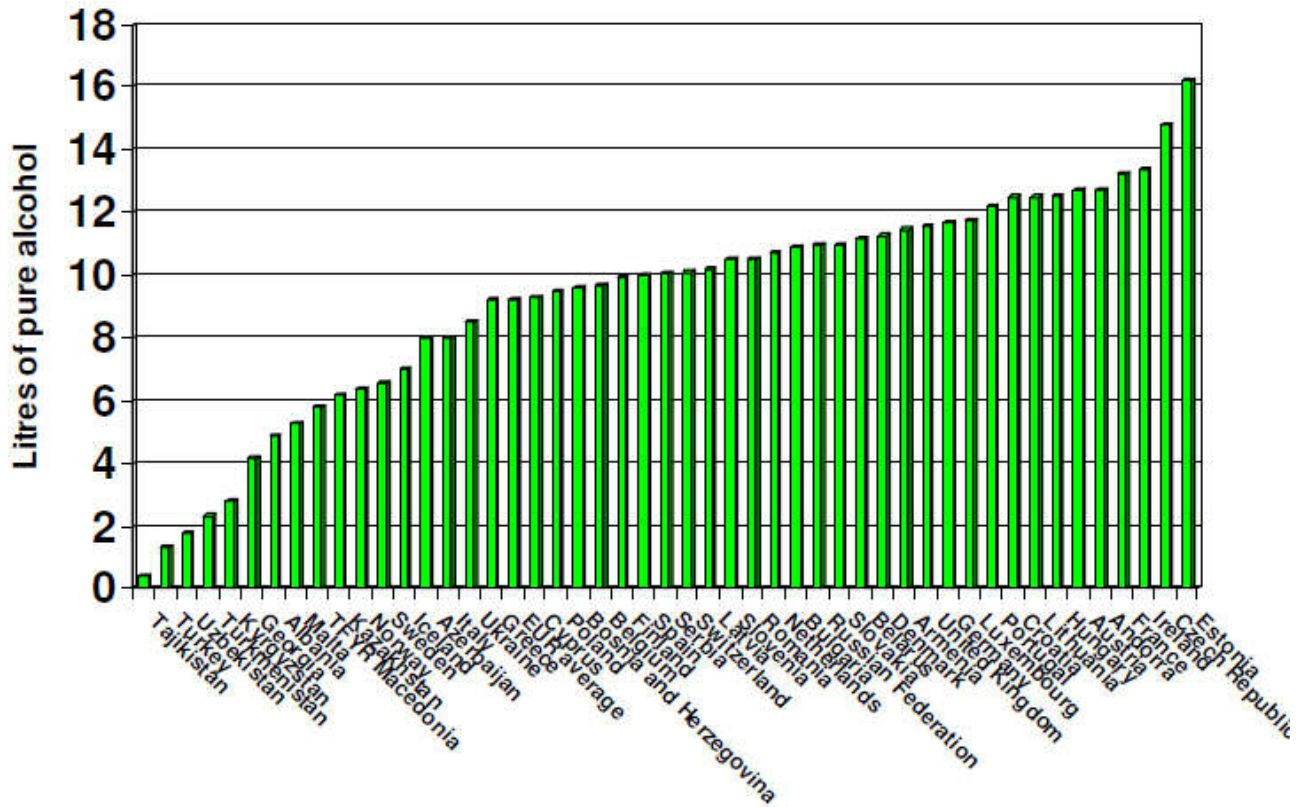
Příloha C - Biblické rady pro toxikomany

Příloha A

Graf konzumace alkoholu dospělé populace ve 48 zemích Evropy

(WHO, 2010, s. 19).

Figure 2.3. Alcohol consumption of the adult population of 48 European Member States in 2005



Příloha B

Dvanáct kroků hnutí Anonymních alkoholiků (Nešpor, 2000, s. 101-102)

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech záležitostech.

Příloha C

Biblické rady pro toxikomany (Teen Challenge, 2001, s. 3-4)

1. Jak čelit pokušení.

„Nepotkala vás zkouška nad lidské síly. Bůh je věrný: nedopustí, abyste byli podrobena zkoušce, kterou byste nemohli vydržet, nýbrž se zkouškou vám připraví i východisko a dá vám sílu, abyste mohli obstát.“ (1. Korintským 10, 13)

2. Jak zůstat čistý.

„Všecko, čeho je třeba k zbožnému životu, darovala nám jeho božská moc, když jsme poznali toho, který nás povolal vlastní slávou a mocnými činy.“ (2. Petrův 1, 3)

3. Kde můžeš najít pomoc.

„Podřídíte se tedy Bohu. Vzepřete se ďáblu a uteče od vás, přiblížte se k Bohu a přiblíží se k vám.“ (Jakub 4, 7)

4. Jak se stát novým člověkem.

„Kdo je v Kristu, je nové stvoření. Co je staré, pominulo, hle, je tu nové.“ (2. Korintským 5, 17)

5. Jak se zbavit hříchů a nemocí.

„Modlitba víry zachrání nemocného, Pán jej pozdvihne, a dopustil-li se hříchů, bude mu odpuštěno.“ (Jakub 5, 15)

6. Co dělat, když jsi na dně.

„Pokořte se před Pánem, a on vás povýší.“ (Jakub 4, 10)

7. Jak se zbavit strachu z lidí.

„Proto smíme říkat s důvěrou: Pán při mně stojí, nebudu se bát. Co mi může udělat člověk?“ (Židům 13, 6)

8. Jak čelit pronásledování.

„A všichni, kdo chtějí zbožně žít v Kristu Ježíši, zakusí pronásledování. Ty však setrvávej v tom, čemu ses naučil a o čem jsi přesvědčen. Znáš svatá Písma, která ti mohou dát moudrost ke spasení, a to vírou v Krista Ježíše.“

(2. Timoteovi 3, 12-15)

9. Jak odpovědět lidem, kteří nevěří, že Kristus může uzdravit narkomany.

„Jestliže někdo učí něco jiného a nedrží se zdravých slov našeho Pána Ježíše Krista a učení pravé zbožnosti, je nadutý, ničemu nerozumí a jen si libuje ve sporech a slovních potyčkách. Z toho vzniká závist, svár, urážky, podezřívání, ustavičné hádky lidí, kteří mají zvrácenou mysl a jsou zbaveni pravdy, a zbožnost pokládají za prostředek k obohacení.“ (1. Timoteovi 6, 3-5)