

ZKRATKY	8
PŘEDMLUVA EDITORŮ: Josef Radimecký, Kamil Kalina	10
1. NÁVYKOVÉ LÁTKY: PROBLEMY A PŘÍSTUPY	14
1/1 Kamil Kalina: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy	15
1/2 Josef Radimecký: Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001	25
1/3 Pavel Bém, Kamil Kalina, Josef Radimecký: Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice	33
1/4 Tomáš Zábranský: Drogová epidemiologie	41
1/5 Alexander Sotolář: Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách	54
1/6 Alexander Sotolář: Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty	59
1/7 Tomáš Zábranský: Ekonomické aspekty užívání drog; ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o neúčinnější dostupné intervenci	68
1/8 Kamil Kalina: Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog	78
1/9 Stanislav Kudrle: Historie užívání a zneužívání psychotropních látek	83
2. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL	90
2/1 Stanislav Kudrle: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti	91
2/2 Magdaléna Fišerová: Neurobiologie závislosti	96
2/3 Stanislav Kudrle: Psychopatologie závislosti a codependence	107
2/4 Magdaléna Fišerová: Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty	114
2/5 Karel Nešpor: Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty	119
2/6 Magdalena Frouzová: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti	124
2/7 Stanislav Kudrle: Trauma a závislost	130
2/8 Martin Hajný: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti	135
2/9 Martin Hajný: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti	140
2/10 Stanislav Kudrle: Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci	145
3. ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK	150
3/1 Petr Popov: Alkohol	151
3/2 Jakub Minařík: Opioidy a opiáty	159
3/3 Jakub Minařík: Stimulancia	164
3/4 Michal Miovský: Halucinogenní drogy	169
3/5 Michal Miovský: Konopné drogy	174
3/6 David Bayer: Analgetika, sedativa a trankvilizéry	180
3/7 Karel Hampl: Léky vyvolávající závislost	187
3/8 Karel Hampl: Těživé látky	193
3/9 Jakub Minařík, Tomáš Páleníček: MDMA a jiné drogy „technoscény“	200
3/10 Eva Králíková: Tabák a závislost na tabáku	205



BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL

- 2/1 Stanislav Kudrle: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti
- 2/2 Magdaléna Fišerová: Neurobiologie závislosti
- 2/3 Stanislav Kudrle: Psychopatologie závislosti a co-dependence
- 2/4 Magdaléna Fišerová: Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty
- 2/5 Karel Nešpor: Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty
- 2/6 Magdalena Frouzová: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti
- 2/7 Stanislav Kudrle: Trauma a závislost
- 2/8 Martin Hajný: Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti
- 2/9 Martin Hajný: Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti
- 2/10 Stanislav Kudrle: Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci

2/1 Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti Stanislav Kudrle

Klíčová slova: biologické faktory – bio-psycho-sociálně-spirituální model – psychologické faktory – modely závislosti – sociální aspekty – spiritualita

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

Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.

Jellinek postuloval neznámý fyziologický faktor X, který bude jednou objeven a podá vysvětlení závislosti. Dnes se zdá, že faktorů může být více, protože téměř každý orgán v těle je nějak postižen abusem alkoholu nebo drog a reaguje a vstupuje do tělesných činností a interakcí při jejich odbourávání.

Biologická úroveň

Od 60. let, kdy se diagnóza alkoholismu objevuje v mezinárodních klasifikacích, se úporně hledají biologické příčiny a souvislosti, které by co nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte – například zda matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Jsou to také okolnosti porodu (například zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii je-

dince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů (viz kapitola 2/7, „Trauma a závislost“). Biologické a psycho-socio-kulturní se vyvíjí v neustále hře vzájemných ovlivnění a interakcí.

Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků (Royce, 1989). Tato dispozice se projevuje tolerancí většího množství alkoholu od prvních zkušeností s alkoholem. Mylně bývá interpretována jako pozitivní faktor, protože dotyčný více snese, není mu zle v intoxikaci a nemívá vážnější problémy po jejím odeznění (tedy nemívá problematičtější kocovinu). To, co je zprvu často obdivováno, se rychle vyvíjí v rizikový faktor, protože dotyčný musí konzumovat více alkoholu než ostatní, aby dosáhl kýženého ovlivnění. Obvykle se pak druží spíše s těmi, kteří konzumují také větší množství a po delší dobu, tedy s těmi, kteří vyšší toleranci vytvořili tréninkem – s pijáky. A náhle se biologický faktor v interakci s individuální potřebou a v sociální interakci stává komplexním rizikovým faktorem.

Rozvoj epidemických vln drogové závislosti všude ve světě však těžko můžeme vztáhnout na biologické faktory, protože genofond ani další biologické dispozice se u člověka tak rychle nemění. Spíše za tyto jevy zodpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, jako je popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot apod.

Výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje souvislosti mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislosti mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami afektivních a kognitivních funkcí¹.

Každý z nás má individuální „ustrojení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují

¹ Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/2, Neurobiologie závislosti.

změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí (Nydia, 1990).

Například látky se stimulačním účinkem, jako jsou metamfetamin nebo kokain, zvyšují vyplavení dopaminu, tj. zvyšují jeho nabídku pro postsynaptická vazebná místa, což rezultuje v pocitech euforie, kompetence, vzrušení a bdělosti. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což posléze vede k vyčerpání toho efektu a ke zvratu v opačné pocity, které se pak rozvíjejí v potřebu další stimulace a jsou základem cravingu. Je jasné, že takové zacházení je jaksi na dluh, který se později neblaze projeví v depresivních rozladách a komplexu odvykacích stavů.

Opiáty působí synergicky s tělu vlastními, endogenními opioidy, tj. s endorfiny a enkefaliny. Zesilují účinek na opiátových vazebných místech, zároveň ale působí kompetitivně vůči tělu vlastním působkům, jejichž produkci posléze utlumují. To je druhý mechanismus, později zodpovědný za nutkavou potřebu – *craving*².

Zdá se, že u alkoholiků jsou od počátku určité odlišnosti, které navazují na vrozené predispozice. U alkoholiků nacházíme odlišnou hormonální sekreci adrenálních žláz. Játra jsou méně schopná ukládat cukr a plynule jej využívat, což má za následek extrémní změny hodnot krevního cukru. Odlišná je i jaterní enzymatická aktivita, např. jsou spíše využívány katalázy než alkoholdehydrogenáza (ADH), nebo existuje abnormální ADH. Nejdůležitější se zdají být interakce alkoholu v mozku s vrozenými psychoaktivními substancemi, jako je dopamin a serotonin a ovlivnění center slasti v limbickém systému. Zdá se že u alkoholiků některé nervové tkáně preferují alkohol před cukrem v metabolickém procesu. Mnoho však zůstává nevyjasněno.

Psychologická úroveň

Zkoumán je vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.

K těmto poznatkům nám dnes mnoho říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde respondent často znovuprožívá sekvence zážitků souvise-

jících s těmito perinatálními traumaty a dokončuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci (Grof, 2000). Například jestliže žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, ať už z jakýchkoliv důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přeneše se i tato informace na plod a vytváří jakýsi imprint, vtisk, dráhu, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívání stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálním. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň již dávno poznatý efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku.

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím³, a dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Z psychologických faktorů je to celá řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a posilují obvykle další abusus, čímž směřují jedince k závislosti. Například alkohol má anxiolytický a antidepressivní účinek na počátku užívání. Později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. Vidáme to často v ústavní léčbě, kdy v prvních týdnech je pacient depresivní a úzkostný, obvykle od 4. týdne léčby tyto symptomy mizí. Jiným příkladem může být aktivizace paranoidních stavů u chronického abusu stimulancií, poruchy identity při abusu halucinogenů apod.

Sociální úroveň

Zaměřuje se na kontext ve kterém se vše děje. Velmi hrubě řečeno: všimá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných

² Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/4 a Nešpor, kapitola 2/5.

³ Podrobněji viz Hajný, kapitola 2/8, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou⁴.

Stále více se v dnešní době mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé, o absenci rituálů pozitivně formujících zrání mladého člověka. Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti, a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání přežití vůbec. Síla a moc rituálů nezaniká tím, že je vědomě nekultivujeme. Prosazují se díky svému archetypálnímu poslání v životě dál, ale spíše v deviované podobě. Namísto náročných, ale celým kmenem sdílených a podporovaných rituálů iniciačních a přechodových, jak je vidáme dodnes v tzv. primitivních kulturách, se v naší společnosti vytvářejí spíše ponižující a důstojnosti zbavující *rituály* mazácké vojny, kterým pak říkáme šikana, nebo rituály kolem jehly a brání drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic, ale nemají nic společného s ritualizovaným užitím některých halucinogenů v rámci religiozního nebo léčebného šamanského obřadu.

Ještě specifičtější situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s bráním drog či s pitím alkoholu jako s normou. Abusus jednoho z rodičů je například tajen a přeznačkován, je jakýmsi tabuizovaným tématem rodiny. Namísto opilosti se mluví o únavě a přepracování, kocovině se říká nemoc apod. Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo „odčiňuje“ v době střízlivosti. Být vystaven slibům, které nemají naplnění, být vystaven nepředvídatelnosti příštích hodin. Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spolužití vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká *kodependence* – závislost na druhém⁵. A nežádá se v dalším svém vývoji kodependent dostává sám k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak dočasně mírnit své utrpení.

Vedle rodiny v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli hraje kolektiv vrstevníků. Známé rčení „chytíl se špatných kamarádů“. Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vtaů a s tím i zájmových činností, vyrovnání se s autoritami.

Pro nás dospělé je tato úroveň apelem kultivovat svůj vlastní obraz, který mladým jako poselství do jejich života předkládáme.

Spirituální úroveň

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

Nejvíce popularizovali tuto úroveň Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k uzdravě (Anonyme Alkoholiker, 1983). Hovoří zde o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Pojem spirituální přitom odlišují od pojmu náboženský v tradičním pojetí. Akcentován je právě přímý prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky.

Velkým tématem je přitom práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Dále učení se pokornému naslouchání a přijetí možnosti, které život reálně poskytuje. Tyto pojmy, takto psány, vypadají poněkud prázdně, nebo neurčitě, stávají se však zcela hmatatelnými, pokud terapeutický program oslovuje tyto nehlouběji uložené potřeby v člověku. Vždyť všichni známe dilema v léčebných programech, které lze shrnout věrou: „*jsem střízlivý, kdy budu šťastný?*“ Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí, jsou témata, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité v terapeutickém programu, ale i v programech primární prevence, pamatovat na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Otevřenost terapeuta pro tyto otázky je předpokladem pro uzdravu na existenciální úrovni. Objevují se tvrzení, že krize, kterou znamená závislost, je především duchovní krizí, „žízni po celistvosti“ (Grofová, 1993).

Velmi často tyto přístupy souvisejí s objevováním významu jiných úrovní vědomí, než je konvenční na hmotnou realitu orientované vědomí. Tyto stavy přicházejí buďto spontánně, ve formě krize, nebo jsou reflektovány v zrcadlícím empatickém rozhovoru s terapeutem či blízkou osobou. S výhodou lze také využít například hlubinně zážitkové metody jako jsou relaxace, meditace, jógická cvičení, holotropní dýchání apod. k navození vnímavosti pro spirituální rozměr a k aktivizaci vnitřního uzdravného potenciálu.

⁴ Podrobněji viz Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.

⁵ Viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence.

Program AA nezahrnuje žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, přesto zůstává dlouhá desetiletí jedním z neefektivnějších programů pro stabilizaci závislosti. Program 12. kroků, nazývaný někdy Západní jógou spirituální praxe (Sparks, 1993), adoptují dnes běžně i formální terapeutické programy jako jakousi páteř celé léčby. Praxe potvrzuje účinnost těchto idejí.

V posledních letech pozorujeme až inflaci potřeb spirituálního naplnění. Vyvolává ji pravděpodobně celá řada jevů: nerefektování těchto potřeb ve způsobu žití orientovaném převážně na konzumní uspokojení s absencí duchovních hodnot. Dále patrně i vnitřní proces, kdy „vědomí touží poznat samo sebe“ (Weil, 1980) a stimulus po transcendenci je hluboce vnitřní.

Určité procento lidí dnes závislých na drogách hledalo původně v drogách naplnění této potřeby. V této souvislosti se objevují i novodobé rituály zasvěcování

a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcendenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích, jako je tomu u závislých na heroinu.

Namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý.

Lze shrnout, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální.

Summary

Bio-Psycho-Socio-Spiritual Model of Addiction

The chapter is reflecting bio-psycho-socio-spiritual aspects of addiction and the components of the most comprehensive model of this complex disease. It goes through its single aspects. Biology of man looks for factors that would explain individual's disposition for addiction developing on the level of genetic transmission and hereditary disposition. These factors are usually overestimated because the disease is mostly considered under the tribute of a medically curable illness. Psychological aspects are mainly related to the early

stages of evolution, perinatal traumatic events, mental disorders, personality disorders and to disturbances of emotional and cognitive functions. The role of family, relationships with the others and especially to the authorities are considered; the process of co-dependence development in dysfunctional social environment is described. Spiritual aspects are related to the sense of being, relations to the others and to what is beyond our individual Self.

Key words: biological factors – bio-psycho-socio-spiritual model – psychological factors – social factors – spiritual aspects

Literatura

- Anonyme Alkoholiker: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC. New York, 1983
- Edwards G.: Arbeit mit Alkoholkranken. Psychologie Verlags Union, Beltz, 1986
- Grof S.: Psychology of the Future. State University of New York, N.Y., 2000
- Grof Ch.: The Thirst for Wholeness. Harper, San Francisco, 1993 (česky Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojko nakladatelství, Praha, 1998)
- Inaba S. Darryl: Uppers, Downers, All Arounders. CNS Productions, Ashland, Oregon, 1993
- Jellinek E. M.: The Disease Concept Of Alcoholism. In: Royce E. J., 1989
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Nydia H.: Drugs – The Altered Brain. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1990
- Rotgers F.a kol.: Léčba drogových závislostí. GRADA Publishing, Praha, 1999
- Royce E. J.: Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989
- Schmidt L.: Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch. Kohlhammer GMBH Stuttgart, 1986
- Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993
- Tyler A.: Drogy v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998
- Weil A.: Chocolate to Morphine. Houghton Mifflin Co., Boston, Mass., 1983

Klíčová slova: adaptační mechanismy – flashback – neurobiologické mechanismy – neuromediátory – senzitivace – tolerance

Úvod

Drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. K pokroku v poznacích biologických (farmakologických) mechanismů závislosti přispívají v posledních zhruba 30. letech stále zdokonalované experimentální modely drogových závislostí na zvířatech, doplňované testováním „in vitro“ (tj. testování např. na tkáňových buněčných kulturách, tedy ne na celém zvířeti) a samozřejmě také moderní zobrazovací techniky využitelné i u lidí.

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

Při výzkumu drogových závislostí byly prokázány určité znaky *genetických predispozic k závislostem* různých typů (Höschl, 1996). Např. u závislosti na alkoholu je studiem dvojčat zjištěno, že incidence alkoholiků je vyšší u synů alkoholiků, i v když každé z dvojčat vyrůstalo v různém prostředí. Blum a kol. (1996) i další autoři dokládají genetické predispozice (zvýšenou prevalenci A1 alely pro D2 receptor) u závislých, gamblerů atd¹.

Prokázaly se rovněž *dispozice osobnostní*, související se syndromem narušené závislosti na odměně (viz níže, srv. např. Vinař, 1999). Mezi lidmi závislými na drogách se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Účinek drogy lze alespoň zpočátku za tyto intenzivní tvořivé prožitky zaměnit. Všechny tyto intenzivní inspirativní činnosti aktivují – stejně jako

droga – dopaminergní mesokortikolimbické dráhy (viz dále). Na rozvoji drogových závislostí se tedy mohou podílet určité odchylky dopaminergního systému a následný syndrom narušení závislosti na odměně. Velmi často se mezi závislými lidmi vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulsivitě (což svědčí pro účast serotoninu v rozvoji drogových závislostí).

Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen („*gender faktor*“). Ženy jsou citlivější na drogy než muži, a jejich citlivost se mění během menstruačního cyklu. Závislost se u žen většinou vyvíjí rychleji. Na druhé straně např. toxicita kokainu je u žen ve srovnání s muži nižší. Často také ženy rychleji reagují na léčbu, současně ovšem mohou být fragilnější v následném období abstinence. K relapsům dochází u žen často v jiných situacích, než u mužů; např. ženy léčené pro závislost na kokainu, se k němu častěji vrací po negativních emočních prožitcích, kdežto muži kokainisté relapsují spíše po pozitivních emocích, spojených např. se společenským úspěchem. (Stoker 1998). Tyto nálezy naznačují, že další dosud nevyužitou možností ovlivnění (léčení) drogových závislostí by mohla být oblast pohlavních hormonů.

Je prokázána odlišná – *zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců* (dětí i mláďat zvířat) ve vztahu k rozvoji drogové závislosti. Závislost na návykových látkách u mladistvých a u dětí se vyvíjí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatictější, má závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické. Také toxicita drogy bývá u nezralých jedinců vyšší, po aplikaci drogy lze očekávat častější a závažnější komplikace, než u dospělé populace.

Závislost má rysy *obsedantně kompulsivního chování* (= stav neovladatelného opakovaného nutkání k určité činnosti), kde nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti. Rys nutkavosti provázející závislost opět svědčí pro důležitost serotoninu při rozvoji a udržování této poruchy, protože právě serotonin hraje

¹ Ohledně úlohy A1 alely D2 receptoru i dalších znaků genetických predispozic existují protichůdná zjištění, řada prací nálezů zpochybňuje i potvrzuje. Diskuse o tomto tématu by přesáhla rámeček této kapitoly.

v řadě psychiatrických obsedantních syndromů důležitou úlohu. Stejně jako u lidí, tak i v experimentech *droga posiluje chování vedoucí k odměně*. Nejznámějším dokladem jsou testy autostimulace určitých oblastí v mozku, mozkových struktur nazývaných někdy „*centra radosti*“ – např. ventrální tegmentální oblast, nucleus accumbens, thalamus atd. (viz Obr. 1). V odměňovacích mechanismech hraje prokazatelně důležitou roli dopamin a je tedy zřejmé, že dopamin zaujímá důležité místo i v mechanismech navození závislosti.

Neurobiologické mechanismy drogových závislostí

Jsou intenzivně studovány role jednotlivých neurotransmiterů, hormonů a působků (mediátorů) v neurobiologických mechanismech účinků drog i navození závislosti. Mechanismy vzniku a udržování závislosti se u jednotlivých typů závislostí liší, v řadě případů však lze nalézt určité společné nebo často se opakující rysy. Obecně lze mechanismus účinku drog a vzniku a udržení závislosti shrnout tak, jak je uvedeno ve schématu na Obr. 3. I když jsou výjimečně popsány závislosti také na neúčinných látkách (závislost na placebo – Vinař, 1999), téměř vždy je droga látkou psychotropně účinnou. Je to tedy látka, která má *centrální účinky* (= působí na centrální nervovou soustavu – CNS) a po aplikaci vyvolá výraznou náhlou změnu vnímání a/nebo bdění ve smyslu např. euforie, stimulace nebo útlumu, uvolnění, odstranění strachu, štěstí, snění, halucinace atp. Akutní účinek bývá většinou pocíťován jako příjemný, alespoň v určité z počátečních fází závislosti (viz odměna – „reward“ v Tab. 1).

Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v CNS – vyplavení neuromediátorů v některých oblastech CNS, účinek na receptorech atp. Když se látka aplikuje opakovaně, což je jednou z podmínek vzniku závislosti, rovnováha v CNS se vychyluje dlouhodobě. Zachování rovnováhy (homeostáza) je důležitým principem organismu, principem udržujícím integritu. Proto se v CNS začínou během chronického podávání drogy rozvíjet pochody, směřující k znovunastolení ztracené rovnováhy v organismu – tzv. *adaptační (neuroadaptační) mechanismy*. Při opakovaném užívání drogy se tedy organismus přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky v mozku a postupně se nastoluje nová, patologická „homeostáza“, pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat. Jakmile droga chybí, rovnováha se opět poruší, vychýlí se tentokrát ve směru vyvolaných adaptačních změn,

kteří v době abstinence nejsou vyvažovány drogou. Tyto disbalancované/odkryté adaptační změny se pak projeví známým syndromem z odněti drogy (odvykací či abstinenční syndrom), který bývá velmi nepříjemný, někdy i nebezpečný (výrazné somatické projevy) a vede závislého k další aplikaci drogy. Rozvíjí se tedy závislost na droze.

Závislost je často (ne vždy) provázena rozvojem tzv. *tolerance*, kdy pro navození účinku je nutno aplikovat stále vyšší dávku drogy, protože droga působí proti vytvořeným adaptačním mechanismům. Při odvykání se tělo musí během abstinence postupně zase přitoutnosti a vlivu drogy zbavit, tj. odstranit vzniklé adaptační mechanismy. Tento proces může být velmi dlouhodobý a dosud není úplně jisté, zda lze CNS vrátit do přesně stejného „nastavení“, jako tomu bylo před závislosti. Není tedy jisté, zda jsou všechny úrovně drogy vyvolaných adaptačních změn plně reversibilní (např. včetně submolekulárních změn na úrovni genových expresí atp.). Ještě po řadě měsíců a někdy i let abstinence je citlivost CNS k bývalé droze nastavena jinak, než tomu bylo před závislosti. Proto při opětovném setkání organismu s příslušnou drogou (aplikace během abstinence), bývá reakce bouřlivější, navozený účinek je větší, než při prvních podáních. Tento stav se nazývá *senzitivizace* k droze a je považován za jeden z mechanismů udržení závislosti².

Výše zmíněné procesy mají *neurobiologickou podstatu* či projev (viz Obr. 2). Základní neurobiologické mechanismy jsou v tomto textu shrnuty ve velmi zjednodušené podobě, podrobnější informace jsou uvedeny v literatuře, např. Katzung (2001), Feldman (1997), Fišerová (2000), Fišar (2002) a další.

Neurobiochemie účinků drog

Jak již bylo zmíněno výše, všechny látky s vysokým potenciálem závislosti mají *centrální účinky*, rychle a dobře pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se většinou na specifické receptory, či skupinu více různých receptorů, podle příslušných chemických struktur drog, eventuálně droga působí přímo změny prostupu některých iontů nebo i změnu fluidity membrán (např. alkohol, rozpouštědla). Specifické receptory v těle (tedy i v CNS) a příslušné tělu vlastní vazebné látky (mediátory, neuromediátory), zprostředkovávají přenos neuronálního signálu/impulsu mezi neurony. Tyto látkové/humorální přenosy informací se odehrávají na tzv. synapsích mezi neurony a jsou součástí

² Zde uváděná „senzitivizace“ jako součást neurobiologických mechanismů rozvoje závislosti a „senzitivizace“ jako farmakoterapeutická metoda (Popov, kapitola 3/1, Alkohol) jsou dva různé pojmy, jejichž případný vzájemný vztah nelze v rámci této publikace řešit.

vnitřních regulačních systémů (viz Obr. 4). Droga na tyto systémy působí podle svých vazebných schopností. Např. heroin, morfin a jiné opiáty se vážou především na opioidní receptory (mi, kappa, delta opioidní receptory). Působí tedy obdobně jako tělu vlastní přirozené (endogenní) látky – *endorfiny* či *enkefaliny*, které se na tyto opioidní receptory také váží. Opiáty – drogy působí ovšem výrazněji a dlouhodoběji. Některé složky z konopí – marihuany, hašiše atd. (např. tetrahydrokannabinol), se vážou na kanabinooidní receptory, stejně jako endogenní látky s obdobným účinkem, např. *anandamidy*. Stimulancia jako kokain, amfetamin atp. působí nepřímo – ovlivňují především transportní mechanismy katecholaminů (dopamin, noradrenalin, adrenalin) a způsobují vyplavení těchto neuromediátorů v některých oblastech CNS; vyplavené katecholaminy pak působí na příslušné dopaminergní a adrenergní receptory.

Na Obr. 5 a Obr. 6 je znázorněna synapse dopaminergních neuronů s dopaminergními a opioidními receptory. Na Obr. 3 je v presynaptickém zakončení vidět vesikula (váček) se zásobou dopaminu, který se při příslušném impulsu uvolní do synapse; dopaminergní pumpa slouží k vychytávání přebytku dopaminu ze synapse a přenáší ho zpět do presynaptického zakončení, kde je ukládán do zásob, připraven na další impuls. Látky, které toto zpětné vychytávání („reuptake“) neuromediátorů blokuje, zvyšují tedy nabídku příslušných mediátorů v synapsi.

Většina drog je schopna působit více mechanismy, zasahují tedy do řady neuromediátorových systémů, ať už přímo, či zprostředkovaně. V Tab. 1 jsou uvedeny hlavní (převažující) mechanismy účinků jednotlivých psychotropních látek (drog). Ve skutečnosti je situace mnohem komplikovanější, na účinku jedné drogy se většinou účastní více systémů, zprostředkovaně či přímo, systémy bývají vzájemně propojeny³.

Jak již bylo uvedeno výše, při opakovaném podávání drogy se organismus (mozek) přizpůsobuje rozvojem *adaptačních mechanismů*. Dochází tak ke změnám stavu i počtu receptorů i ke změnám neuromediátorových poměrů, často provázených zmíněným rozvojem *tolerance*, nemusí to však být pravidlem. Např. u heroinové závislosti organismus reaguje na opakovaný přírůstek exogenního opiátu tak, že sníží počet opioidních receptorů, zmenší jejich citlivost a sníží syntézu endo-

genních opioidů (endorfinů a enkefalinů); tyto mechanismy vedou k vyrovnání přehnaného působení v tomto systému oproti normálu. Může docházet ke změnám až na úrovni genové exprese, což s sebou často nese hluboké dlouhotrvající následky.

Vysazení dávky drogy bývá provázeno nepříjemnými abstinenčními příznaky (*syndrom z odnětí drogy*, projev porušení nové rovnováhy), které se projevují prakticky opačnými efekty, než jsou účinky drogy (vyplývá to ze směru adaptačních mechanismů, které vedou proti účinku drogy). Typické projevy abstinenčních syndromů u jednotlivých typů závislostí jsou uvedeny v Tab. 2. Další aplikace drogy však dále prohlubují poškození CNS. Neuroadaptační změny vyvolané chronickým užíváním drog, probíhají v místech primárního účinku látky (receptory, iontové kanály atp.) nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech a dále dochází k reakcím na tyto prvotní adaptace atd. včetně změn na již zmíněné úrovni genových expresí. Je důležité si uvědomit, že je třeba počítat i s účinky metabolitů vzniklých metabolizací (= biotransformací) původní drogy. Metabolity se často podílí na hlavním účinku drogy, ale mohou vykazovat i účinky odlišné, často třeba zvyšující toxické působení drogy.

Některé neuroadaptační změny vyvolané opakovaným podáváním drogy (změny v reaktivitě neuronů, receptorové změny, zejména pak změny na úrovni třetích posílů, genové exprese) mohou být velmi dlouhodobé a jsou pravděpodobně součástí mechanismu, který způsobuje zvýšenou reaktivitu – *senzitivizaci* CNS při opakovaném setkání jedince s drogou, třeba i po období dlouhé abstinence. Tento stav senzitivizace může přetrvávat měsíce i roky a přispívá k relapsům závislosti i po velmi dlouhém období úspěšné abstinence. Drtivá většina bývalých „těžkých“ toxikomanů, s historií silně rozvinuté dlouhodobé závislosti, není proto schopna i po léčbě a úspěšné abstinenci přejít na tzv. příležitostné užívání drogy „pod osobní kontrolou“. Jediným „kontrolovatelným“ řešením pro plnohodnotný život vyléčeného závislého bývá proto naprostá doživotní abstinence.

Při vzniku závislosti se nejprve rozvíjí *psychické změny* (dříve označované jako psychická závislost) – nutkavost, náruživost po další dávce. Následně také často

³ *Mechanismus podrobněji*: Vazba molekuly látky na receptor je obecně signálem, který se dále přenáší a vede k efektu. Po vazbě na receptor většina známých drog působí dále běžnými mechanismy – ovlivněním iontových kanálů a/nebo přes tzv. druhé posly (např. Ca²⁺, cAMP přes G-regulační protein). Dochází tak k ovlivnění enzymů např. proteinkináz, k ovlivnění fosforylačních procesů a proteosyntézy, různým buněčným změnám, eventuálně až k ovlivnění genových expresí v buněčném jádře (viz Obr. 2). Obr. 6 názorně zobrazuje další krok přenosu signálu po vazbě na dopaminergní receptor. Dopaminergní receptor je spojen s přenašečovým poslem – „G-regulační protein“, který signál zesiluje a aktivuje další systémy, např. zde pomocí vzniku c-AMP, který má také funkci posla signálu (je to jeden z tzv. „sekundárních posílů“ = přenašečů signálu). C-AMP pak dále aktivuje řadu enzymů, celý proces vede např. až k syntéze nových bílkovin (proteosyntéze).

dochází (nemusí to být pravidlem) k rozvoji *somatických změn* (dříve označované jako fyzická závislost) – která je vytvářena především současným rozvojem celé řady změn vyvolaných drogou mimo CNS (poškození srdce, parenchymatických orgánů, atp.). Znakem navozených somatických změn jsou výrazné fyzické abstinenci příznaky, často velmi drastické a nebezpečné (např. u opiátové či alkoholové závislosti). Od dělení závislosti na psychickou a fyzickou se v poslední době ustupuje, závislost bývá nyní označována většinou prostě jako závislost bez rozlišení. V *Tab. 2* jsou uvedeny charakteristiky závislosti u jednotlivých drog a typické abstinenci příznaky pozorované u závislých pacientů po vysazení drogy; tabulka naznačuje typ navozené závislosti u jednotlivých drog – tedy spíše podíl psychických a somatických změn. Uvedené odstupňování závislosti (slabá – střední – silná) je velmi přibližné, protože zde nebylo možné dobře rozlišit např. způsob aplikace, použitou formu drogy atp., což jsou faktory, které mohou potenciál navození závislosti výrazně ovlivnit. Uvedené odstupňování závislosti souvisí s intenzitou bažení, touhy po droze (*craving*) pociťované během závislosti, respektive především v době abstinence⁴.

Jak už bylo uvedeno výše, drogy – psychotropní látky – navozují kromě centrálního psychického účinku i řadu dalších efektů centrálních i somatických. Tyto jsou jedním ze zásadních parametrů škodlivosti, nebezpečnosti, toxicity a rizik užívání drog. I tyto efekty se mohou během dlouhodobého užívání měnit či prohlubovat. Přehled škodlivých účinků drog akutních i chronických je uveden v *Tab. 3*. Jsou zde uvedeny nejen navozené neurobiologické patologické změny, ale především systémová toxicita drog (akutní i chronická).

„Mechanismus pozitivního posilování“

Pro navození drogových závislostí je považován za zásadní tzv. *mechanismus „pozitivního posilování“*. Zjednodušeně řečeno droga musí navodit takový účinek, že člověk (i zvíře) touží jej zopakovat. Za biologický substrát tohoto mechanismu je považován *kortikolimbický dopaminergní systém* CNS (především dopaminergní neurony vedoucí z ventrální tegmentální oblasti do struktury nucleus accumbens, dále struktury amygdala, thalamus atp. – viz *Obr. 1*). Dopaminergní aktivace je většinou vnímána jako příjemná a je i součástí systému chování vedoucího k přežití druhu (libost = odměna – např. potrava, uspokojení sexuálního pudu = uspokojení základních životních potřeb pro přežití

jedince a druhu = princip „pozitivního posilování“). Výraznou *aktivací dopaminergních neuronů* reaguje CNS i na příjem drogy. Během dlouhodobého užívání drogy, dochází vlivem neuroadaptačních změn k poklesu dopaminergní transmise v limbickém systému během abstinence, a po určitém čase už žádný jiný stimul nedokáže „znormalizovat“ hladinu dopaminu v těchto oblastech CNS, pouze droga. I tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech závislého a postupně se zájmy závislého zúží jenom na drogu. Významnou úlohu v systému odměňování má i *opioidní systém*.

Aktivace opioidních interneuronů v nucleus accumbens (např. po alkoholu) zde vede ke zvýšenému uvolňování dopaminu. Také *GABA* receptory jsou umístěny i na dopaminergních neuronech ve ventrálním tegmentu a *GABA*-ergní neurotransmise se může podílet na pozitivním posilování zprostředkovaném dopaminem. *Noradrenalin* je také neurotransmiterem důležitého neuronálního okruhu podílejícího se na biologii odměny mezi locus coeruleus a hippocampem. Jeho hlavní úloha je v regulaci, resp. urychlování psychomotoriky. Na pozitivním posilování se může podílet i *kortikotropin-releasing faktor* (CRF), jak je to zřejmé v situacích spojených se stresem (resp. s tzv. eustresem), např. při sportování, aktivní tvůrčí kreativní činnosti, v sauně atp. Zvýšená sekrece CRF se objevuje jak během účinku drogy, tak i při odvykacím syndromu po vysazení.

Noradrenalin se především uplatňuje ve stavech vznikajících při vysazení drogy (morfologickým substrátem je locus coeruleus – viz *Obr. 1*). U celé řady závislostí jak už bylo uvedeno, bývá období abstinence provázeno deficitem *serotonergních transmisí*, což zase souvisí s depresí, impulzivitou i typickým úzkostným kompulsivním chováním, nutkavostí vzít další dávku (proto se v léčbě drogových závislostí někdy osvědčuje podání serotonergních anti-depresiv – SSRI). Různé typy závislostí se liší zapojením a vzájemným ovlivněním dalších neuromediátorových systémů, které se také různě podílejí na rozvoji drogových závislostí.

Acetylcholin zajišťuje většinu transmisí podílejících se na vědomé motorické činnosti a je látkou potřebnou pro intelektuální (kognitivní – paměťové, poznávací) funkce. Při akutním deficitu cholinergních transmisí dochází k dezorientaci až deliriu, chronický deficit vede k demenci. Například abstinenci syndrom po nikotinu vede k častějším REM cyklům během noci v důsledku navozené hypersenzitivity postsynaptických muskarinových receptorů (podobně je tomu např. u deprese či v modelu mírného chronického stresu u laboratorních zvířat). Neurotransmise *kyseliny gama-aminomáselné* (*GABA*) jsou potencovány benzodiazepiny, alkoholem, barbituráty, jejich vysazení je tedy provázeno nespavostí a úzkostí. *Kortikotropin-releasing faktor* (CRF), peptid synte-

⁴ Craving je věnována kapitola 2/4.

tizovaný v hypothalamu, korových oblastech limbického systému a některých jádrech mozkového kmene, je uvolňován ve stresu, podobně jako serotonin. Podle některých teorií předchází uvolnění serotoninu sekreci CRF a díky zpětné vazbě sekrece CRF zase podněcuje další uvolňování serotoninu. Navíc mozek reaguje na každý nový podnět aktivací dopaminergní, což může tuto řadu reakcí dále prodloužit. Jak již bylo uvedeno, CRF se může podílet na pozitivním posilování, protože je zvýšeně vyplavován i při „pozitivně stresových“ situacích („eustresu“). V tomto případě však neplatí, že opakované vystavování se těmto situacím by vedlo k neuroadaptaci. I odvykací syndrom u většiny drogových závislostí je totiž spojen se zvýšenou sekrecí CRF.

Při akutním i při opakovaném podání drog se některé účinky podobají účinkům antidepresiv a naopak při abstinčním syndromu dochází ke změnám podobným depresivním stavům. Některé hypotézy proto popisují užívání drog jako jakési samoléčení lidí, kteří jsou v určitém smyslu depresivní (Markou a kol. 1998). Jedním z nejdůležitějších markerů deprese je vysoká kortizolémie. Není vyloučeno, že posedlost vyhledáváním nového je spojena s chronickým stresem, což tyto lidi činí náchylnými ke vzniku deprese, kterou léčí drogami (nebo např. i workaholismem atp.). Proto se v léčbě drogových závislostí často dobře uplatní serotoninergní antidepresiva.

Při akutním i chronickým působení drog dochází tedy k interakcím mezi dopaminergními, serotoninergními, noradrenergními, opioidními, cholinergními, GABA-ergními neuronálními systémy, včetně účasti excitačních aminokyselin; dochází ke zvýšenému uvolňováním stresového kortikotropin-releasing faktoru (CRF). Dochází tak k ovlivnění kognitivních funkcí, psychickým změnám atd. Podrobnější popisování dosud poznávaných interakcí a souvislostí se vztahem k drogovým závislostem přesahuje rámec této přehledové kapitoly (podrobnější informace jsou uvedeny v literatuře, např.: Katzung, 2001, Feldman, 1997, Fišerová, 2000, Fišar 2002 a další)

Summary Neurobiology of Drug Dependences

Considering drug dependence as a "bio-psycho-social" chronic disease, biological components are discussed in this chapter. The basic and presumed neurobiological mechanisms of inducing and maintaining drug dependence are summarised. The mechanisms of the acute and chronic effects of drugs of abuse are mentioned, as well as the risks of their usage. Adaptive

mechanisms, mechanisms of tolerance, sensitisation, "flashback", the withdrawal syndrome and craving are outlined as well. The role of the appropriate neurotransmitters and of neuronal systems in the mentioned processes is summarised. Further possible biological factors contributing to addiction and drug dependence mechanisms are also indicated.

Key words: adaptation – neurobiological mechanisms – neurotransmitters – sensitisation – tolerance

Tab. 1: Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998

Typ drogy	Droga	„odměna“ ("reward")	Hlavní mechanismus účinku	Hlavní neurotransmitery
Stimulancia	Kokain	Euforie, vzrušení	Inhibice „reuptake“ katecholaminů	Dopamin, noradrenalin
	Amfetaminy (Extáze)	Euforie, vzrušení, změněné vnímání	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice „reuptake“	Dopamin, noradrenalin, serotonin
	Nikotin	Euforie, koncentrace, uvolnění	Aktivace nikotinových ACh receptorů a uvolňování neurotransmiterů, desenzitizace nikotinových ACh rec.	Dopamin, noradrenalin, Acetylcholin
	Kofein	Koncentrace, odstranění únavy	Antagonizace adenosinových receptorů – zvýšené uvolňování neurotransmiterů	Noradrenalin
Tlumivé látky	Alkohol (ethylalkohol)	Euforie, uvolnění, amnézie	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABAA rec., inhibice NMDA rec.	Dopamin, GABA, glutamát
	Benzodiazepiny	Anxiolytický účinek	Potenciace GABAA rec.	GABA
	Barbituráty	Útlum	Potenciace GABAA rec.	GABA
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Útlum, amnézie, změněné vnímání	Blok kanálů NMDA rec.	Glutamát
Opiáty	Morfin, heroin, metadon	Euforie, útlum, analgesie	Agonisté opioidních receptorů	Endorfiny
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Euforie, uvolnění, změněné vnímání	Agonisté THC receptorů	Anandamid
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Změněné vnímání	Agonisté a antagonisté specifických serotoninergních rec., účinek na katecholaminy	Serotonin, dopamin

Vysvětlivky: GABA = aminomáselná kyselina, THC = tetrahydrokanabinol, NMDA = N-methyl-D-aspartát, ACh = acetylcholin, cholinergní, rec. = receptor, „reuptake“ = zpětné vychytávání neurotransmiteru ze synaptické štěrbině zpět do nervového zakončení

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny pouze předpokládané hlavní mechanismy účinků drog a hlavní zúčastněné neurotransmitery, skutečný účinek drog je komplexnější a probíhá za účasti více systémů.

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 2: Typ závislosti a symptomy při odněti drogy

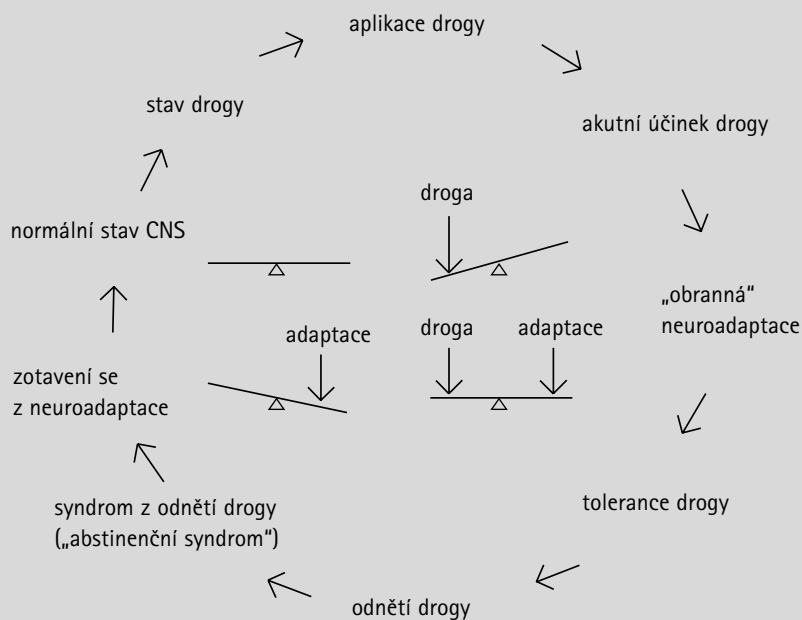
Typ drogy	Droga	„Psychická závislost“	„Fyzická závislost“	Abstinenční příznaky
Stimulancia	Kokain	Silná, vzniká velmi rychle zejména u i.v. aplikace nebo „crack“	Slabá	Především psychické znaky, těžké deprese, dysforie, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu
	Amfetaminy (Extáze)	Silná, trochu pomalejší vznik, kromě i.v. aplikace	Slabá	Dtto jako kokain
	Nikotin	Slabá, relativně rychlý vznik u kouření	Slabá	Především psychické znaky, podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu
Tlumivé látky	Kofein	Slabá, pomalu vzniká	Slabá	Především psychické znaky, deprese, únavnost, bolest hlavy
	Alkohol (ethylalkohol)	Středně silná, pomalu vzniká	Střední – silná	Těžké, strach, úzkost, deprese, dysforie, poruchy spánku, chvění, třes, otřásání, křeče, zmatenost, halucinace
	Benzodiazepiny	Slabá, pomalu vzniká	Slabá – střední	Slabé a různorodé, těžký strach, dysforie, poruchy spánku, citění mimo realitu, třes, křeče, halucinace
	Barbituráty	Slabá – střední, pomalu vzniká	Výrazná	Těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Střední	Slabá ? Velmi	Strach, úzkost, dysforie
Opiáty	Morfin, heroin,	Silná, rychle vzniká pokud i.v. aplikace nebo při kouření	silná	Střední – těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, svalové křeče, průjem, chvění a třes, otřásání
	methadon	Slabší	Silná	Slabší (pomaleji se vylučuje z organismu)
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Střední, relativně rychle vzniká při kouření	Střední ?	Slabé, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Slabá ?	Slabá ?	Řídké, nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, která nebývá tak častá, aby se vyvinula "fyzická závislost"

Tab. 3: Škodlivé účinky drog

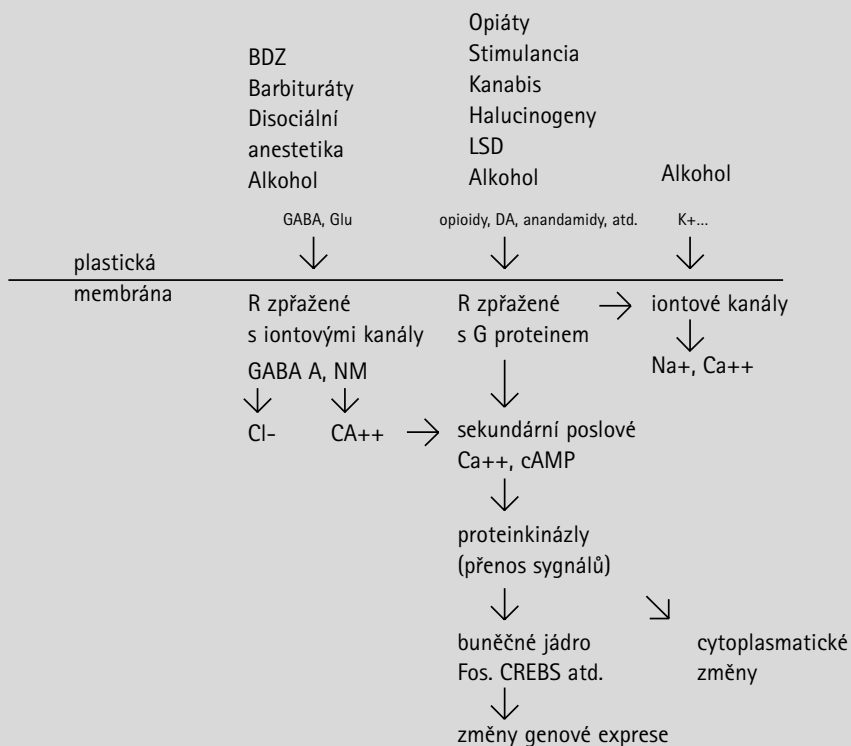
Droga	Akutní toxicita	Chronická toxicita a patologické změny CNS	Ostatní patologie
Kokain Amfetamin Extaze	Srdeční arytmie, hypertenze, mrtvice, křeče, delirium, psychóza, (hypertermie, smrt) Hypertermie, vyčerpání, dehydratace	Paranoidní psychóza, nespavost, delirium se sluchovými halucinacemi Neurodegenerace serotonergního nervstva ?	Vasokonstrikce a atrofie tkání v místě vpichu, šňupání nebo inhalace, někdy pneumotorax; poškození CNS plodu in utero
Nikotin	Nauzea, zvracení	Mrtvice (KVS účinky), méně často neurodegenerativní onemocnění	KVS (nikotin a oxid uhelnatý), ateroskleróza, hypertenze, koronární srdeční onemocnění Rakovina (dehet a nikotin) např. plic, močový měchýř Dýchací systém (dehet a nikotin), bronchitidy, rozedma plic, astma (pasivní) Plod (nikotin) zpomalení růstu (placenta?)
Kofein	Úzkost, nespavost, podráždění žaludku, palpitace	„Kofeinismus“ (viz akutní toxicita)	Hypertenze, srdeční dysrytmie
Alkohol	Ataxie, nystagmus, koma, deprese dechu, hypotermie, špatná koordinace pohybů, smrt	Neurodegenerace (potenciace při hypovitaminóze vit B), demence, cerebrální ataxie, psychiatrická onemocnění, deprese	– Neuromuskulární myopatie a periferní neuropatie – KVS hypertenze, kardiomyopatie, dysrytmie (koronární trombózy, arterioskleróza, trombotické mrtvice méně časté) – GIT hepatitida a cirhosa jater, pankreatitida – Rakovina jater, žaludku – Fetální alkoholový syndrom poškození in utero, retardovaný postnatální vývoj
Benzodiazepiny	Hypotenze, zmatenost (zejména u starších), amnézie, hypotermie	Viz akutní toxicita (méně výrazné), zhoršení kognitivních funkcí (u starších)	Poškození CNS plodu
Barbituráty	Zmatenost, útlum, koma, deprese dechu, hypotenze, (těžší otrava – hypotermie, smrt)	Únavnost, apatie, podrážděnost, poruchy paměti	Poškození plodu a deprese dechu u novorozenců
Disociativní anestetika	Zmatenost, agresivní nebezpečné chování, hypertermie, paranoia, halucinace, svalová rigidita, hyperaktivita, smrt	„Flashbacks?“, paranoidní psychózy?	Poškození plodu a deprese dechu u novorozenců
Heroin, morfin, Methadon	Zmatenost, deprese dechu, koma, zvracení, (cyanóza, smrt)	Únavnost, apatie, podrážděnost, nespavost	Deprese dechu u novorozenců, Zvýšená vagotonie (hypotonie, bradykardie), mizí potence
Kanabis, tetrahydrokanabinoid	Zmatenost, halucinace, Tachykardie, ortostatická hypotenze, ztráta krátkodobé paměti, akutní paranoidní psychóza	„Flashbacks?“, psychóza?, poruchy paměti – demence, delirium	Rakovina plic, imunosuprese, snížená sekrece testosteronu, (abnormality vývoje plodu)
Halucinogeny	Zmatenost, panická úzkost	„Flashbacks?“, psychóza	Poškození plodu?

Vysvětlivky: KVS = kardiovaskulární systém, CNS = centrální nervový systém, GIT = gastrointestinální systém Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

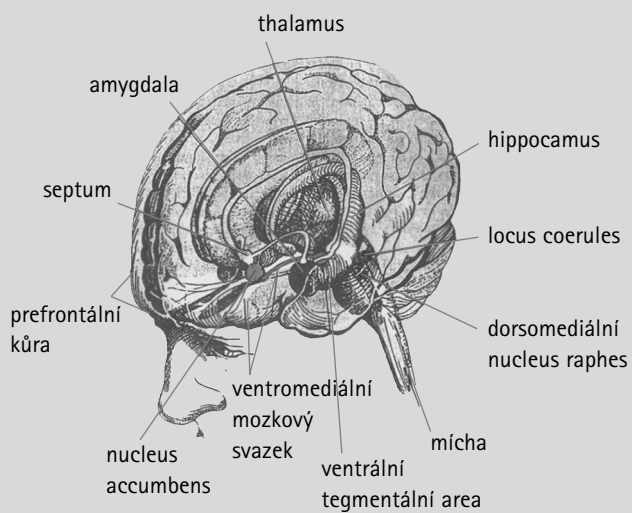
Obr. 1: Mechanismus vzniku závislosti



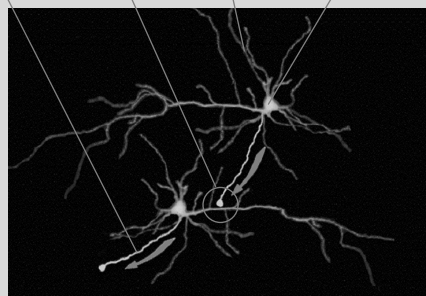
Obr. 2: Mechanismus účinku drog



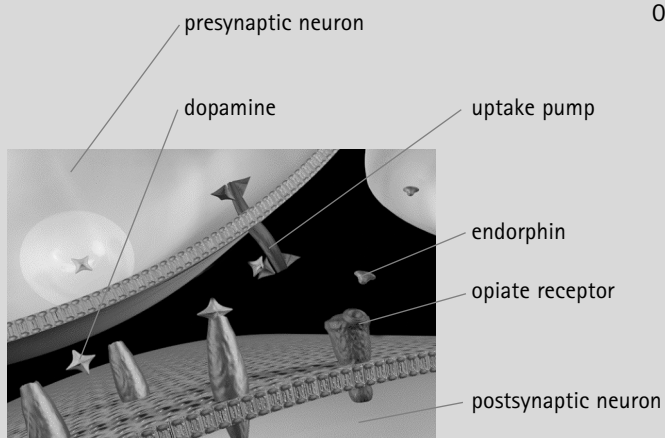
Obr. 3: Struktury CNS v drogové závislosti



axon synapse dendrity tělo neuronu

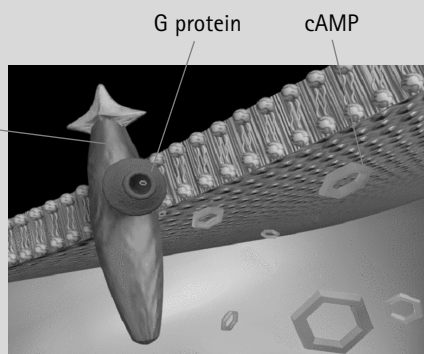


Obr. 4: Přenos signálu mezi neurony



Obr. 5: Účinek dopaminu a endorfinů na synapsi

dopamine receptor



Obr. 6: G-regulační protein

Literatura

- Blum K., Sheridan P. J., Wood R. C., Braverman E. R., Chen T. J., Comings D. E.: Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour. *Pharmacogenetic*, roč. 5, č. 3, str. 121 – 141, 1995
- Blume S. B.: Alcohol and other drug problems in women. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Asklepios, Bratislava, 1996
- Feldman R. S., Meyer J. S., Quenzer L. F.: Principles of Neuropsychopharmacology. Sinauer Associates Inc. Publishers, Sunderland, Massachusetts, USA, 1997
- Fišar Z.: Neurobiochemie návykových látek. Přehled biochemických účinků vybraných návykových látek. *Trendy ve farmakoterapii (příloha Zdravotnických novin)*, č.1, str. 4 – 10, 2002
- Fišerová M.: Drogové závislosti. Postgraduální medicína, roč. 2, č. 3, str. 288 – 298, 2000
- Friedeman L., Fleming N. F., Roberts D. H., Hyman S. E.: Source book of substance abuse and addiction. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA, 1996
- Höschl C.: Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, roč. 75, č. 9, str.485 – 488, 1996
- Katzung B. G.: Basic and clinical Pharmacology. Lange Medical Books/Mc Graw Hill, 2001
- Koob G. F., Rocio M., Carrera A. et al.: Substance dependence as a compulsive behavior. *J. Psychopharmacology*, roč. 12, č. 1, str. 39 – 48, 1998
- Koob G. F., Sanna P. P., Bloom F. E.: Neuroscience of addiction. *Neuron*, roč. 21, str. 467 – 476, 1998
- Markou A., Kosten T. R., Koob G. F.: Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, roč. 18, str. 135 – 174, 1998
- Page C. P., Curtis M. J., Morley C. S., Walker M. J. A., Hoffman B. B.: Integrated Pharmacology. Mosby, Barcelona, 1997
- Self D. W. a Nestler E. J.: Molecular mechanisms of drug reinforcement and addiction. *Annu. Rev. Neurosci.*, roč. 18, str. 463 – 495, 1995
- Štípek S.: Stručná toxikologie. Medprint, Cheb, 1997
- Stosker S.: Report. NIDA Abuse Notes, roč. 13, č. 4, str. 5 – 6, 1998
- Stolerman I.: Drugs of abuse: behavioural principles, methods and terms. *TIPS Reviews*, 13, str. 170 – 176, 1992
- Vinař O.: Psychofarmakologie drogových závislostí. *Forum Medicinæ*, 2, str. 22 – 29, 1999

PharmDr. Magdaléna Fišerová, Ph.D.

Odborná asistentka Ústavu farmakologie 3. LF UK. Vyučuje farmakologii se zaměřením především na léčiva působící na CNS (psychofarmaka, analgetika, léčiva užívaná u poruch nervového systému, závislost na psychotropních látkách atp.). Pravidelně organizuje povinně volitelný a pro odbornou veřejnost volně přístupný kurs „Neurobiologie, léčení a prevence drogových závislostí“, vytváří databáze kvantitativních analýz tablet „extáze“ užívané v ČR. V experimentální

práci se zabývá výzkumem mechanismů závislosti na především tlumivých psychotropních látkách (opiáty, alkohol, benzodiazepiny atp.) za použití metody mikrodialýzy CNS in vivo a behaviorálních metod. Člen redakční rady časopisu *Adiktologie*, národní korespondent za ČR o nových syntetických látkách při EMCDDA. *Kontakt: Ústav farmakologie 3. LF UK, Ruská 87, 100 00 Praha 10*
E-mail: Magdalena.Fiserova@lf3.cuni.cz

Klíčová slova: abusus – kodependence – psychopatologie – obrané mechanismy – vulnerabilita – závislost

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzívnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

To, co mění kvalitu prožívaného, může být alkohol, droga, jídlo, sex, hazardní hry, televize, práce, moc apod. Problémem není tedy tak onen vnější aspekt – alkohol, droga či cukr – ale daleko spíše stav mysli s ním spojený. Tedy ulpění, vazba na nějaký způsob uspokojení prostřednictvím vnějšího zdroje. Takto chápáno, jde o univerzální lidský problém a není proto divu, že kromě psychologie, medicíny a filozofie se také všechna náboženství, odvěké mystické a spirituální tradice zabývají problémem touhy, dychtění, lpění a závislosti. Tento zájem trvá po tisíciletí, neboť dynamika touhy, nutkání je hybnou silou, která se váže ke zrození, utrpení, smrti a vůbec k celému životu.

Kritický bod

Kritický bod nastává, když se změna prožívání stává iluzí a záměnou za změnu reality samotné.

Možnost ovlivňovat, „manipulovat“ své prožívání, zná člověk od nepaměti. Všichni to nějakým způsobem děláme, existují desítky bezpečných způsobů. Mezi ně patří zejména vše, co je spjata s podporou druhých, s projevem lásky a pochopení. Od jednoduché hry přes tvořivé vyžití k laskavému objetí. Od opojných prožitků v krásné přírodě k estetickým zážitkům spojených s vnímáním umění apod. Intenzita a hloubka těchto změn je různá a individuální, stejně tak jako další dopad na člověka. K rizikovým patří pak ty, kdy člověk manipuluje své prožívání bez vlastního úsilí, jen z popudu momentální potřeby nebo možnosti, kdy přístup je zcela pasivní. I tady nacházíme způsoby různě intenzivní a různě individuálně účinné.

Drogy vyvolávající závislost jsou nebezpečné tím, že ovlivňují prožívání razantně, většinou extrémně silně, s pocitem nebývalé intenzity a hloubky. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí, čím předvídatelnější je tento účinek. Tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.

Intenzita účinku, prediktabilita a rychlost nástupu určují „tvrdost drogy“. Dále pak schopnost drogy vyvolávat syndrom z odnětí po odeznění jejího účinku. Závislost vyvolávají tedy zejména drogy se stimulačním nebo opojným, tlumivým účinkem. Změna prožívání se postupně stává kýženou, vytouženou, protože nezdědka kompenzuje negativní prožitky nebo zkušenosti daného člověka. Například když pozitivně ovlivní jeho úzkost, pocity osamělosti, neadekvátnosti, neklidu či podrážděnosti. Člověk se najednou cítí normálně, nebo supra-normálně. Kdo by toto nevídal, kdo by toto nechtěl, zvláště když je v počátku ještě ovlivněn míněním svých vrstevníků, když má pocit, že je součástí něčeho, co je třeba rebelii vůči zavedeným pořádkům, které se někdy zdají hloupé a nemoderní. Navozovaná změna prožívání se nepozorovaně stává subjektivní normou a nakonec iluzí o změně reality samotné, provázené pocitem, že „jsem v pořádku“.

Přerůstání v závislost

Jak tento vývoj ovlivní další život?

Ukazuje se, že podobné psychologické zákonitosti jako drogová závislost má i gambling, workaholismus nebo celá řada poruch přijímání potravy (eating disorders), jako je anorexie či bulimie. U všech nacházíme nutkavou naléhavost v jednání, pokračování v jednání vedoucím k určitému krátkodobému uspokojení i přes často závažné důsledky na zdraví, blahu rodiny, sociálním zázemí. Charakteristická je dále neschopnost přerušit tento vzorec, eventuálně rozvoj nelibosti, podráždění, dysforie, či deprese. Pokud k přerušení dojde, vzniká nová touha v jednání pokračovat.

Závislost je vyústěním abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení. Na podkladě pozitivní zpětné vazby se logicky fixuje celý komplex očekávání, experimentu, změny prožívání a přerůstá postupně v návyk, závislost. Jde o proces

pozvolný, daným člověkem obvykle nereflektovaný, nebo reflektovaný jen částečně. Od určitého momentu závislý zaměňuje změnu prožívání za změnu reality samotné. „Uvěřil“ například tomu, že problém nemá, protože již určitou situaci problematicky neprožívá. V kontextu s tímto vývojem *jinak* prožívané reality se mění i jeho úsudek, myšlení a jednání. Jelikož situaci teď jinak prožívá, soudí, že problém zmizel, nebo není tak naléhavý a proto o tom nyní i jinak přemýšlí a na základě nových názorů i nově jedná. Jednáním ale dále ovlivňuje výchozí situaci: například prohloubení manželského neporozumění. Zhoršení celé situace je pak logicky dalším důvodem pro pokračování abusu. Posléze se takový člověk izoluje od svého autentického prožívání. Ba co víc, pokud by do jeho vědomí měly pronikat některé nelibé pocity (pocit viny, deprese, bezmoc), okamžitě startuje svojí aktivitu nutkavá touha po ovlivnění. Závislý jedinec požije nebo si drogu aplikuje dříve, než by se celý komplex nepříjemných pocitů stačil rozvinout. Úměrně hloubce této poruchy rozvíjí závislý člověk také své obrany a zdůvodnění. Tyto mají své opodstatnění v bránění se studu, pocitům slabosti a počínající bezmoci, kterou závislý od určitého momentu začíná prožívat, nebo přinejmenším hrozí, že by tyto pocity mohly proniknout do jeho vědomí.

Charakteristické obrany závislých

Při práci se závislými často pozorujeme, že v jejich jednání postrádáme „zdravý rozum“, že skutečnosti pro nás evidentní jsou zkreslovány, popírány či podivně zdůvodňovány, že alkoholik zoufale brání svojí „realitu“. Často opravdu zoufale brání své sebepojetí a pojetí druhých před zaplavením pocity studu a hanby, pocity odcizení a osamělosti. Manipulace a obrany jsou často nevědomé jako vnitřní konflikt sám, někdy zčásti uvědomované nebo i plně vědomé.

Příklady těchto obran podává Royce (1989):

– *Omnipotence a velikášství* jsou častým způsobem, jak zvládat neuvědomovaný pocit bezmoci („ve svém postavení bych si nemohl dovolit pít“ nebo naopak „nemohu si dovolit při špičkových obchodních jednáních odmítnout obvyklou sklenku sektu“).

– *Racionalizace* – neznamená racionální myšlení, ale naopak pseudo-zdůvodňování nebo emocemi ovládané myšlení. V podstatě jde o hledání důvodu k napití či k fetování. Alkoholik může najít tisíce důvodů k napití, ale samotný fakt, že někdo potřebuje drogu, protože je horko (nebo zima, nebo k povzbuzení, nebo pro uklidnění, tedy aby se cítil normálně), je jednou z možností, jak definovat závislost. Častá obrana tohoto typu je: „nemusel bych brát, kdybych neměl problémy“. Jakoby se z pojetí života u závislého vytratil fakt, že život sám je problematický, že je normální mít problémy.

– *Projekce viny* – alkoholik tvrdí, že pije kvůli nevěrné manželce, zlé tchýni, nespravedlivému šéfovi apod., tam vidí zdroj svých skutečných potíží, nikoliv v pití. Často dovedně zatahuje lidi ve svém okolí nebo v rodině do bludných systémů, na kterých pak tyto nevědomky participují.

– *Popření* – bývá charakterizované výroky „já nemusím pít pravidelně“, „mohu přestat, když budou chtít“, „to byste tu museli mít polovinu národa“, „každý si ke kachně dá pivo“ apod. Jindy říkávají, že problémem je nervozita, nespavost, pocuchané nervy atd. Jde opět o soubor racionalizací, emoční slepoty, ochranného nahánění sobě i druhým. Popření mimo jiné žíví i to, že pití je všeobecně společensky akceptované. Nejvýraznějším mechanismem, který posiluje popření, je to, že po napití se alkoholik cítí lépe, potíže naopak přicházejí ve stavu střízlivosti. Popření často sdílí i rodinní příslušníci: „Kdyby sis dal jen 2 piva, ale proč se vždycky opiješ?“. „Když si dáš jedno pivo k jídlu, tak ti nic neřeknu“ atd. Na popření se bohužel podílí často i lékaři, když alkoholikovi doporučují pouze omezit alkohol nebo předepisují trankvilizéry na abstinenci potíže, které jsou někdy interpretovány i jako neurastenie. Výsledným obrazem bývá kombinovaná závislost.

– *Minimalizace* – zmenšování problémů (někdy se říká bagatelizace), je charakterizovaná výroky „tak zlé to se mnou ještě není“, „ta dvě piva si dá každý chlap“ apod. Rozsah problémů a jejich závažnost bývá podstatně zkreslován a zmenšován, stejně jako míra konzumace alkoholu.

– *Únik* do regresivních fantazií o tom, jaký život by to mohl být, kdyby svět nebyl tak nespravedlivý, nebo kdybych měl více štěstí. Pocit, že se štěstí nedostává, sdílí zejména hazardní hráči. „Kdybych měl štěstí, mohl bych žít úplně jinak“. Pravdou je, že pokud u automatu mají občas chvilkové štěstí, nikdy s výhrou neodejdou. Naopak se prohloubí ještě víc svírává touha získat víc. V běžném životě tito lidé mají problém na úrovni *brani a dávání*.

Tyto obranné a únikové mechanismy se v průběhu choroby posilují v důsledku pokračující traumatizace vycházející nejčastěji z neporozumění a předsudků, v důsledku klesajícího sebehodnocení a sebevědomí, v důsledku narůstajících pocitů viny a studu. Mají kompenzační charakter. Alkoholici a toxikomani si postupně vytvářejí iluzivní realitu, na okolí působí často zmateně, dráždí svými výmluvami, nedodržovanými přísliby a lhaním. Vznikající konflikty vedou k další traumatizaci, pocitům viny a studu, bludný kruh se zavírá.

Závislý je plně stížen svým *návkyem*. Lidské návyky zahrnují fyziologické změny stejně jako učení. Mají své hluboké kořeny v nervovém a endokrinním systému. Návyk je primárním mechanismem vzniku alkoholismu a drogové závislosti u těch, kteří jsou biologicky vulnérabilní. Návyky jsou mocné, často iracionální a těžko zničitelné. Tak jako nezapomeneme jízdu na kole ani v 60ti letech, i když jsme celý život od dětství nejezdili, tak jedna cigareta znovu spustí pravidelné kouření

u kuřáka po mnohaleté abstinenci. Návyky se vyvíjejí nevědomě v určitém dlouhém časovém období. Nikdo se přece vědomě nestane alkoholikem. Návyk se postupně stává naučenou potřebou, stáváme se závislími na alkoholu, na drogách. Návyky rozvíjejí svoji funkční autonomii, svůj vlastní dynamismus, zákonitost, bez ohledu na původ. Důležité je zdůraznit, že alkoholismus se stává autonomním, nikoliv alkoholik. Pití samo vede k dalšímu pití. A tak se sebeudržující návyk sám, nikoliv původní důvod, stává hlavním cílem změny v terapii. Právě funkční autonomie návyku, jeho vlastní dynamismus, vysvětluje nejvíce otázku po příčině závislosti¹. I v takových případech, kdy pití nebo braní drog bylo symptomatické pro psychologický problém, se toto symptomatické pití nebo braní stává chorobou.

Formativní faktory psychopatologie závislosti

Psychopatologie závislosti je formována faktory, které jsou zároveň jejími potenciálními kořeny.

Na prvním místě zde uvádíme biologickou a psychologickou *vulnerabilitu*, což můžeme považovat za endogenní faktor, konkrétně daný například vrozenou vyšší tolerancí ke zneužívané látce, depresivními dispozicemi nebo jinou původní psychopatií. Tento faktor hodnotíme z pohledu léčebných strategií snad nejčastěji a máme pro něj patrně i nejvíce vypracovaných metodik. S ohledem na tento faktor se psychopatologie závislosti dále vyvíjí také v obrazech následných psychických poruch, tedy poruch, které vyvolá abusus, či závislost sama, nebo výrazně podpoří jejich vznik. Máme na mysli například depresogenní účinek při chronickém abusu alkoholu, paranoidně halucinatorní syndrom při chronickém abusu stimulantů, amotivační syndrom při chronickém abusu marihuany, emoční oploštělost a intelektovou deterioraci v chronickém stádiu alkoholismu apod.

Psychopatologie syndromu závislosti má však vždy také *interaktivní* charakter, tzn. že je tvarována také vzájemným očekáváním pacienta a jeho okolí. Například v represivně působícím prostředí se pravděpodobně více zvýrazní pacientova úzkost a paranoia, v chaotickém prostředí bez pravidel a hranic jeho desintegrace a panika, v permissivním prostředí jeho tendence ke zneužívání druhých a v emočně nepodporujícím prostředí se projeví pocity odlišnosti, deprese a prázdnoty.

V neposlední řadě je psychopatologie syndromu závislosti také tvarována *duchovním rozměrem* existence individua a společnosti. Projevy chronicky intoxikovaného hašiše nebo peyotlem v prostředí a kultuře, která religiózně či rituálně komponuje pravidelné intoxikace některými psychotropními látkami do pravidel *sensu communis*, pokud budou porovnány s podobnými projevy mladistvého středoevropana přežívajícího ve squatu, budou jednak rozdílně interpretovány, jednak budou rozdílně ovlivňovat další dění kolem dotyčného. V prvním případě budou oceňovány jako bohubilý stav vedoucí k hlubšímu poznání. Takový člověk může být i uctíván. Ve druhém případě budou interpretovány například jako rebelie a rezignace na společenský život, rozvoj problémového antisociálního jednání. Očekávání těchto interpretací na straně experimentujícího již samo ovlivňují i průběh intoxikace, pocity bezpečnosti a nebezpečnosti a samozřejmě a hlavně i schopnosti psychické integrace celé zkušenosti.

Tyto skutečnosti by nás měly vést k diferencovaným hodnocením, postojům a strategiím, pokud řešíme tzv. drogovou problematiku.

Kodependence, závislost na druhém

Kodependence² je poruchou ze ztráty sebehodnoty. Projevuje se potížemi psychickými, psychosomatickými, či fyzickými. Lze ji definovat jako *jakékoliv trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením, nebo výsledně vzniká ze zaměření na potřeby a chování druhých*. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit naše pravé Já před nebezpečím zvenku. Kodependenci se většina z nás učí od dětství v kontaktu s řetězcem pro nás důležitých osobností: rodiče, učitelé, přátelé, hrdinové, je posilována propagandami na různých úrovních. V kodependentním vztahu je možné se skrýt, ale také ztratit své pravé Já.

Od 60. let, kdy WHO přijala patologické návyky a závislost za chorobný stav, zásluhou hlavně psychiatra Jellineka říkáme, že alkoholismus je nemoc. V angličtině se používá zajímavější pojem *disease*, ve smyslu *disease* jakožto nesnáz. Nejen totiž chorobný stav vyvolaný toxickým působením alkoholu nebo drogy, ale nesnáz života jako takového je základem problému. Život je nesnadný. Nesnadné je střízlivé prožívání dicho-

¹ Alkoholik už pak pije proto, že je alkoholik. Titul jedné odborné publikace vystihuje podstatu problému: „Pijí, abych zapomněl, že pijí“ (Müller, 1995). Podobně heroinista bere proto, že je heroinista.

² V americké literatuře „codependence“, „co-dependence“ v anglické, evropské literatuře. Český pravopis zvolili editoři s ohledem na terminologickou jednotu této publikace. O kodependenci viz rovněž Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislými; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství. Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

tomie carteziánsky rozděleného světa, rozdělenosti těla a duše. Tato rozdělenost, prožitek necelistvosti je často zdrojem strádání člověka. Člověk přirozeně touží změnit takové prožívání, transcendovat jakékoliv utrpení. Self hledá možnost korekce této nesnáze například vytvářením kodependentních vztahů.

Pojem kodependence pochází z USA z první poloviny 90. let. Kodependence – závislost na druhém³ byla původně zkoumána jako porucha u příbuzných v alkoholických rodinách, později se ukázalo, že tento fenomén je vůbec klíčový zejména v dysfunkčních rodinách. Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění, ze ztráty identity. Postihuje jak jednotlivce tak celou rodinu. V tomto stavu jakákoliv hodnota přichází jako souhlas nebo potvrzení zvenčí. Kodependentovo sebehodnocení je měřeno tím, jak vnímá, že jej vnímají ostatní. Tráví hodně času tím, že se snaží kontrolovat druhé a tím vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Takové nutkavé zacházení se sebou a s druhými vede k poruše ve vztazích. Jelikož kodependentovo sebezpojetí je nízké nebo v nejlepším případě nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých, funkčních hranic a separace. Vytvářejí si tak pokřivenou a nedefinovanou představu o sobě a o světě, obvykle jsou přitahováni k dysfunkčním vztahům, jejichž výsledkem je udržování pocitu oběti. Mnohé z těchto rysů jsou naučeným adaptivním chováním v dysfunkčních prostředích. Nosí v sobě jakýsi absces strachu a hanby, pocitů neadekvátnosti, beznaděje, který se otevírá vždy při setkání s nějakou vyvolávající událostí. Dysfunkční adaptace zpočátku poskytuje určitou úlevu, ale v této iluzivní odpovědi se trvalé řešení nenajde. Dalším krokem bývá vytvoření jiné adiktivní vazby, jiné závislosti, např. alkohol, drogy apod. Podnapilost kodependent objevuje jako další možnou korekci nesnáze.

V duchu Batesonovy teorie alkoholismu (Bateson, 1972) můžeme říci, že kodependent má zprvu tendenci vytvářet symetrické, soutěživé (kompetitivní) vztahy. Dokazuje sobě i druhým, obviňuje, vyčítá, přepjívá své vrstevníky, porovnává se s nimi, snaží se vydržet. Bateson to nazývá alkoholickou pýchou. Postupně však kodependent dosáhne opaku – stavu, kdy se podnapilostí mění základní nelibost a strnulost soutěživého vztahu tak, že se uvolní, zrelaxuje a prožívá spjitost s druhými (například prožívané sbratření v hospodě, vymizelý pocit osamělosti po napití). Stav myslí se stává spíše komplementárním (doplňujícím, zcelujícím). Napití, či prožitá ovlivnění, způsobí změnu prožívání sebe a okolního světa. Fragmentované Ego se cítí lépe, v opojení se vytváří iluzivní

pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti, dochází k iluzivnímu naplnění toho, co C. G. Jung nazývá „žizní po Bohu“.

Narůstající závislost na alkoholu však dál rozštěpuje kodependentovu mysl. Se ztrátou skutečné sebekontroly se na něj zvyšuje tlak okolí. Nejbližší jej postupně chrání, opečovávají, šikanují, vztah je více komplementární z jejich strany, což v něm vyvolává zlost a hanbu. Snaží se po svém opět dokazovat, že „jedno zvládne“. I když dále ztrácí sebekontrolu a jeho sebezpojetí se nadále hroutí, přesto se snaží zůstat „kapitánem své duše“. Za pomoci ostatních se někdy přechodně dostane do pořádku, ale většinou za cenu prožívané závislosti na nich. To jej vrací zpět do stavu původní nesnáze soutěživého vztahu, což obvykle vyústí v další napití. Dalším testováním sebekontroly však končí v debaklu, „pádu na dno“, jeho víra v sebekontrolu se hroutí. „To jedno zvládnou“ již prostě nefunguje. Je to moment vzdání se, ale také *bod obratu* (v duchu Batesonovy teorie, 1972), který je klíčovým momentem v terapii.

Kodependence není jen nejvíce rozšířenou závislostí, je také *základnou*, na které vyrůstají všechny naše závislosti a nutkavosti. Pod povrchem téměř každé závislosti nebo kompulze najdeme kodependenci. Vytváří ji zraňování a udržuje ji pocit studu, pocit, že naše pravé Já, naše vnitřní dítě, je jaksi defektní a neadekvátní. Závislost nebo nutkavost se stává projevem mylné domněnky, že cosi mimo nás nás může učinit šťastnými a naplněnými.

Primární a sekundární kodependence

Kodependenci rozvíjíme nevědomě a nedobrovolně. Ve své primární podobě se začíná díky špatnému zacházení, zneužívání nebo díky obojímu, které se děje zranitelnému a nevinnému dítěti z jeho okolí, zvláště ze strany původní rodiny a později ze strany jeho kultury a společnosti. Rozvíjí se na základě procesu, který Whitfield (1991) nazývá *zraňováním*.

Primární kodependence tedy znamená, že žádná jiná porucha nevyvolala kodependenci, i když jedna nebo více poruch – včetně závislosti – mohou existovat souběžně. *Sekundární* kodependence se může objevit i u lidí, kteří vyrůstali ve zdravé rodině, pokud vstoupí do těsného nebo důležitého vztahu s aktivně závislou, narušenou nebo jinak dysfunkční osobou. Nejčastější diagnózy spojované s výskytem sekundární kodependence jsou poruchy přizpůsobení, dystymní porucha, nebo úzkostná porucha. Rozdíl je v tom, že sekundární kodependence je mírnější a snadněji léčitelná.

Některé projevy kodependence

Mezi četnými projevy kodependence jsou takové, které se mohou

³ Upozorňujeme na rozdíl oproti pojmu „mezi-závislost“ (inter-dependence), který je používán v rodinné terapii z jiných hledisek než pojem kodependence.

projevovat jako převlek osobnosti. Ilustruji, jak se kodependence může chovat v mnoha podobách přestrojení. Naši pacienti se v terapii seznámí s těmito termíny a je možné je i používat pro jejich psychoedukaci. Jednotlivců může vykazovat některý z uvedených projevů nebo jejich kombinaci (uvádíme podle Whitfielda, 1991):

– *Zachránce a pomocník* – osoba ztrácí sebe sama v druhých ve snaze zachraňovat, napravovat nebo pomáhat druhým za cenu popírání sebe, nedostatečné pozornosti vůči sobě samému a péče o sebe. Do rizikové skupiny pro tento typ kodependence spadá zejména zdravotnický personál.

– *Uspokojovatel lidí* – člověk, který nezná dobře sám sebe a nemá vytvořené zdravé osobní hranice a meze, se raději podvoluje a vyhovuje druhým, aniž by vyjadřoval své zdravé potřeby a tužby. Tito lidé jen těžko říkají druhým ne a součástí jejich léčby je naučit se to říkat. Za uspokojováním druhých je často skrytá jemná manipulace a kontrola.

– *Výkonný* – lidé, kteří prožívají prázdnotu ze ztráty svého pravého Já, se eventuálně snaží tuto prázdnotu zaplnit vyššími výkony. Ale jelikož jejich prázdnota nepochází z nedostatku výkonnosti, nemůže jim ani vystupňování výkonnosti přinést podstatnou úlevu. Právě „rodinní hrdinové“ jsou vystaveni tomuto velkému riziku.

– *Neadekvátní nebo selhávající* – pocitem prázdnoty se podobá předchozímu typu, jinak je však spíše jeho opakem. Ve spojení s nízkým sebevědomím a s pocity studu se člověk cítí nedokonalý, nehotový, neadekvátní, nebo ne dost dobrý, zkažený a v jádru špatný.

– *Oběť* – může se projevovat jako nemocný (např. s chronickou nemocí) nebo jako špatný – delikventní, nebo jako obětní beránek, který se neustále dostává do potíží. Oběti si přiznávají a vyjadřují sebelítost, cítí se nepochopené a obvykle nařkávají, když vyprávějí o svém trápení. I když si mohou zahrávat se žádáním o pomoc, jen zřídka se odhodlají s problémy něco dělat. Soustavně utíkají před odpovědností za zlepšení vlastního života. Často k sobě lákají zachránce, pomahače a profesionály, aby jim pomohli, ve skutečnosti je ale mohou zahanbovat nebo jinak trestat za to, že jim opravdu nepomáhají. Jejich obvyklý závěr bývá „ve skutečnosti se to díky vám ještě zhoršilo“. Žijí většinou v minulosti v nekonečné smyčce „kdybych jen“. Oběť ví a připouští, že prohrála, a žádá druhé, aby jí litovali.

– *Mučedník* – je mnohem hůře léčitelný než oběť, jelikož popírá mnohem více, než oběť přiznává, například svoji sebelítost, pocity nepochopení, nedocnění, beznaděj, pocit žití pod balvanem atd. Tyto pocity ovšem vyjadřují svým jednáním a tím, jak zacházejí s druhými (jejich činy mluví „hlasitěji“ než jejich slova). Často vzdychají a odmítají všechny rady nebo pomoc se slovy: „já dávno znám tato doporučení, už jsem stejně všechna vyzkoušel“. Jejich pocit oběti se rozpozná mnohem hůře, protože navenek mohou

vypadat velmi dobře. Nepřijímají odpovědnost za svůj život, ale přitom často říkají, že si „vše moc berou“ a mohou se maskovat za pomocníky nebo zachránce. Jak oběť, tak mučedník potřebují druhou osobu, aby za ně vzala odpovědnost a chtějí vidět druhé se trápit a mít těžkosti. Žijí obvykle většinou budoucností, předstírají, že s minulostí skoncovali a mohou být také přehnaně religiozni. Jestliže oběť připouští, že prohrává, mučedník toto nedělá, ba dokonce o tom ani neví. Oba, jak oběť, tak mučedník odmítají vidět a cítit svojí bolest. Mučedník je pacientem, kterému lze nejobtížněji pomoci.

– *Závislý* – obvykle vyrůstá v dysfunkční rodině a vykazuje tak často poruchu primární kodependence, jak je popsána výše. Samozřejmě závislost, kterou nemocný projevuje, je vedle závislosti na druhých lidech často také závislostí na místě, věcech, chování nebo prožitcích, bez vztahu k alkoholu nebo drogám. Obvyklá bývá porucha příjmu potravy, závislost na sexu, workaholismus, závislost ve vztahu k penězům, jako je nutkavé utrácení nebo nakupování, kompulsivní či patologické hráčství, vztahová závislost – což je jen jiný převlek kodependence.

– *Grandiosní* – může se projevovat jako nadměrně sebevědomý nebo dokonce grandiosní. Muži se projevují jako „machos“, ženy s přehnanou ženskostí – křehkostí nebo slabostí – nebo se zdají být nadměrně sebevědomé a vyjadřují grandiosní představu o sobě. S ohledem na inflaci ega je toto přestrojení protikladem ke zdravému rysu úzdravy, kterým je pokora (podle citovaného autora se pokora neprojevuje patolizalstvím nebo chováním se jako „rohožka“, ale spíše otevřeností k možnosti učit se o sobě, o druhých a o Vyšší moci).

– *Ztracené dítě* – bývá jím obvykle 3. dítě v pořadí, které se narodí v dysfunkční rodině. Ztracené dítě prožívá vyčerpání z nezměrného úsilí získat pro sebe pozornost a zaplnit své potřeby v rivalitě se staršími sourozenci (hrdinou nebo výkonným) a druhorozeným (delikventním zneužívatelem nebo tím špatným). Nakonec rezignuje a stahuje se. Může se stát obětí nebo mučedníkem, aby tak zvládalo své časté psychosomatické nemoci.

Ať se již zpočátku objevuje pod jakýmkoliv převlekem, je třeba myslet na to, že kodependence je nějakým důležitým způsobem zavzata do kauzálního řetězce utrpení mnoha lidí.

Diagnostické zařazení a terapie kodependence

V následujícím výčtu uvádím poruchy, které se nejčastěji vyskytují v souvislosti s kodependencí (číslo v závorce odkazuje na číslo diagnózy podle MKN-10):

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)

Závislá porucha osobnosti (F60.7)

Anankastická porucha osobnosti (osobnost „obsedantně-kompulsivní“) (F60.5)

Smišená porucha osobnosti (F61.0)

Smišená úzkostná a depresivní porucha (F41.2)

Fobické úzkostné poruchy (F 40)
Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1)
Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Kodependence leží jaksí *uvnitř* diagnostických kritérií a my právě nyní zjišťujeme, u kterých diagnostických okruhů její léčba může vést k úplnému zvládnutí choroby. Podle Whitfieldovy zkušenosti lidé s některými diagnózami, jako je narcistická porucha osobnosti či antisociální porucha osobnosti obvyčejně nemají zájem o léčbu kodependence, ani na ni nijak nereagují.

O poruchách osobnosti se říká, že jsou hůře léčitelné než jiné stavy. Přesto kodependence bývá léčitelnou, pokud použijeme specifický a úplný terapeutický program. Úzdrava je obvykle pomalá a její kvalita se u jednotlivých pacientů liší. Pokud u pacienta, který je diagnostikován jako porucha osobnosti a tudíž hůře léčitelný, zavedeme postupy, které jsou přiměřené z hlediska dynamiky kodependence, můžeme docílit větší naději na úzdravu a tudíž i lepší prognózu. Bude samozřejmě záležet na tom, zda terapeut má specifický trénink a dovednosti v léčbě kodependence, ale také na tom, zda budou rozpoznány a léčeny i jiné průvodní psychologické poruchy.

Summary

Psychopathology of Drug Dependence and Codependence

The chapter is trying to find circumstances leading to a change of experience. It discusses the meaning of yearning for a change of this experience and the role of psychoactive substances on consciousness of man. It defines the terms "abuse" and "addiction" with reference to unconscious principles in dependence development that can, in a later stage of dependence, evoke threatening feelings of the loss of control, and therefore stimulate the formation of defence mechanisms. This defence system further protects one's

identity against the overwhelming feelings of shame and guilt. Further, we describe factors modifying psychopathology development sleet relating with the roots of addiction: vulnerability, interaction and social expectance, culture and spiritual dimension. The second half of the chapter characterises in a detailed way a substantial aspect of dependence or linked phenomenon: co-dependence. We present its psychodynamics, manifestation, types, diagnostic relations, and several therapy implications.

Key words: abuse – codependence – defence mechanisms – dependence – psychopathology – vulnerability

Literatura

- Anonyme Alkoholiker: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC, New York, 1983.
- Bateson G.: The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism. In Bateson G.: Steps Toward an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York., 1972.
- Beattie M.: Codependent No more. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1987 (česky: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999).
- Bradshaw J.: Návrat domů. Gardenia Publishers, Bratislava, 1990.
- Edwards G.: Arbeit mit Alkoholkranken. Psychologie Verlags Union, Beltz, 1986.
- Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojkovo nakladatelství, Praha, 1998.
- Müller E.: Ich Trinke, Um Zu Vergessen, Dass Ich Trinke. Verlag Anton Pustet, Salzburg, 1995.
- Royce E. J.: Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press, New York, 1989.
- Schmidt L.: Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch. Kohlhammer GMBH, Stuttgart, 1986.
- Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book, Harper&Row Publishers, San Francisco, 1993.
- Weinhold K. B., Weinhold B J.: Breaking Free of the Codependency Trap. Stillpoint Publishing. Walhole, New Hampshire, 1989.
- Whitfield, Ch.L.: Codependency: Healing the Human Conditions. Health Communications, Deerfield Beach, Florida, 1991.

Klíčová slova: bažení (craving) – farmakologie závislosti – farmakoterapie – neurobiologické mechanismy – odvykací syndrom

Odvykací syndrom

Jak už bylo uvedeno v kapitole 2/2, *odvykací syndrom* („withdrawal syndrome“, syndrom z odnětí drogy, abstinenční syndrom) je stav následující po vysazení látky (dávky drogy), která byla opakovaně nebo dlouhodobě užívána. Tento stav je projevem porušení nové rovnováhy v těle, které se přizpůsobilo adaptačními mechanismy přítomnosti drogy a bývá provázen nepříjemnými často i závažnými abstinenčními příznaky. Mezi abstinenčními příznaky lze často postihnout rysy, které se projevují prakticky opačnými efekty, než byly původní akutní účinky drogy, což vyplývá ze směru vytvořených adaptačních mechanismů, které vedly proti účinku drogy (jde o projevy na úrovni neurobiologické i symptomatické). Typické projevy abstinenčního syndromu u jednotlivých typů závislostí jsou uvedeny v Tab. 1. Neuroadaptační změny vyvolané chronickým užíváním drog, probíhají v místech primárního účinku látky (receptory, iontové kanály atp.), nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech a dále dochází k reakcím na tyto prvotní adaptace včetně změn na již zmíněné úrovni genových expresí. Je třeba počítat i s účinky metabolitů vzniklých metabolizací (= biotransformací) původní drogy.

Je možno např. obecně říci, že dosud známé drogy vyvolávající závislost (kromě benzodiazepinů a barbiturátů) při akutním podání výrazně stimulují dopaminergní neurony např. v oblastech ventrálního tegmentu a nucleus accumbens (viz mechanismus pozitivního posilování a odměny). Neuroadaptační mechanismy při opakovaném aplikování drogy směřují tedy ke snížení citlivosti těchto neuronů – snižuje se počet a citlivost receptorů, tlumí se syntéza dopaminu a klesá koncentrace dopaminu v těchto oblastech. Při vysazení drogy (vynechání dávky) je tedy stávající dopaminergní systém velmi oslaben. To se projevuje, jak už bylo uvedeno, kromě jiného, neschopností uspokojení, změnou v motivačních systémech závislého a postupným zúžením jeho zájmů pouze na drogu, protože postupně už jenom droga je schopna opět stimulovat a „znormalizovat“ dopaminergní transmissi. Tento stav je proto považován za jeden ze základních neurobiologických mechanismů touhy, *bažení po droze* – „*craving*“, který se podílí na udržení drogových závislostí (viz dále).

K obdobným procesům neuroadaptace a narušení rovnováhy při vysazení drogy dochází i v dalších neuro-mediátorových a regulačních systémech a strukturách, a to v celé komplexnosti a složitosti propojení a vzájemných vztahů. Celá řada těchto mechanismů není dosud přesně známa. Popisování jednotlivých typů přesahuje rámec této kapitoly.

Na ukázkou lze uvést jeden příklad předpokládané neurobiologické podstaty některých typických centrálních projevů odvykacího syndromu, provázejícího vynechání dávky u *opiátové závislosti*. Jak je shrnuto v Tab. 2 (u kapitoly 2/2), jde kromě jiného o projevy excitace, nervozity až úzkosti, poruch motoriky a třes po vysazení drogy. Část těchto projevů je pravděpodobně způsobena změnami probíhajícími v oblasti noradrenergně inervovaných neuronů v oblasti locus coeruleus. Opiáty se vážou na opioidní receptory, které jsou v této oblasti umístěny právě na noradrenergních neuronech a určitými mechanismy vedou k útlumu přenosu signálů na těchto neuronech, inhibicí iontových přestupů a transmise vůbec, což přispívá k známému tlumivému účinku po aplikaci opiátů. Při opakovaném podávání drogy se rozvíjí neuroadaptační mechanismy, které naopak směřují k odblokování tohoto inhibičního účinku na příslušných neuronech, což vede po vysazení dávky opiátů k projevům stimulace, excitace neuronů a celkovým projevům excitace, které mohou být provázeny až deliriem (podrobnosti např. Friedeman a kol, 1996).

Craving

Ani všechny neurobiologické *mechanismy bažení po droze* – *cravingu* – nejsou ještě dostatečně v úplnosti známy, ale výzkum i v této oblasti již přinesl určité dílčí poznatky, z nichž některé se začínají uplatňovat (nebo již uplatňují) ve farmakoterapeutické praxi při léčení drogových závislostí. K bažení po droze přispívá více mechanismů, z nichž uvádíme dva nejvýznamnější:

1) Mechanismus „pozitivního posilování“ – navozený prožitek, psychotropní účinek drogy navodí silný zájem o opakování tohoto prožitku (je dáno vlastnostmi drogy a citlivostí jedince). Droga různými mechanismy většinou zvyšuje dopaminergní transmissi ve ventrální tegmentální oblasti a v nucleus accumbens atp. (stimulace center blaženosti; odměna).

2) Mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu – vysazením drogy, po jejím opakovaném podávání, jsou vyvolány nepříjemné stavy (komplexní projevy psychické i somatické), často závažné, které vyvolají snahu tyto obtíže odstranit další dávkou. Jde o projevy různých neuroadaptačních změn, které přestanou být vyrovnávány (balancovány) přítomností drogy.

Poznatky o neurobiologických mechanismech vzniku a udržení drogových závislostí přispívají k léčení drogových závislostí – zlepšují farmakoterapeutickou složku komplexní léčby.

„Flashback“

Fenomén s označením „flashback“ může provázet především užívání halucinogenů a stimulancií s halucinogenními účinky, ale může se vyskytovat i u užívání disociativních anestetik, eventuálně rozpouštědel, jsou popisovány i případy „flashbacků“ u kanabisu. Jedná se o náhlé znovuprožití psychotického účinku drogy – halucinací, bludů atd. bez vlastní přítomnosti drogy v těle – tedy třeba za několik dní, týdnů, měsíců, ba i let po poslední aplikaci drogy. Např. u LSD mohou být „flashbacky“ pozorovány i za 5 let po posledním užití drogy. Neurobiologie „flashbacků“ není dosud přesně doložena, ale existuje řada prací, které potvrzují účast serotonergního, noradrenergního a dopaminergního systému a spojení s paměťovými procesy a se stresem. „Flashbacky“ se mohou spustit pod vlivem např. nějakého psychosociálního stresoru, ale mohou to být i normální paměťové procesy, které vyvolají halucinogenní prožitky, spouštěčem může být i aplikace jiné látky – např. právě užití kanabisu bývá spouštěčem „flashbacků“ po konzumaci halucinogenů. Jsou popisovány i případy, kdy klienti s dlouhou historií zneužívání LSD a symptomy přetrvávající deprese byli léčení specifickým typem antidepresiv (selektivními inhibitory re-uptaku serotoninu – SSRI) a to u nich vyvolalo nebo zhoršilo prožívání „flashbacků“. U lidí závislých na metamfetaminu (pervitinu) byly popsány „flashbacky“ tam, kde se v reakci na mírný psychosociální stresor současně objevila noradrenergní hyperaktivita a zvýšené uvolňování dopaminu (podle plasmatických hladin). Výrazná noradrenergní hyperaktivita a slabě zvýšené hladiny dopaminu pak zvyšovaly náchylnost jedince k opakujícím se „flashbackům“. Zdá se, že „flashbacky“ a schizofrenie mohou mít podobnou patofyziologii náchylnosti k opakování stavů paranoidních halucinací stejně jako senzibilizace (zcitlivění) ke stresu a také k noradrenergní hyperaktivitě a zvýšenému uvolňování dopaminu.

Léčení drogových závislostí z pohledu neuropsychobiologie

Hlavním ideálním cílem léčby je – vedle minimalizace újmy na zdraví způsobené toxickými účinky drog – úplné a trvalé odstranění závislosti. Jaká jsou tedy cílová kritéria ideální úspěšnosti léčby drogových závislostí? Dosažení úplné abstinence, což je zatím nejužívanější kritérium? Dosažení kontroly nad užíváním drogy, což zatím vypadá jako utopická představa? Dosud není, zdá se, definitivně rozhodnuto. Stále větší naděje je vkládána do látek snižujících žádostivost po droze („anti-cravingové látky“).

V léčbě drogových závislostí – tedy bio-psycho-sociálního onemocnění – je vždy důležitý *komplexní postup* zahrnující psychologický přístup, úpravu sociálního zájmu pacienta a eventuální farmakologický přístup. Obecné farmakologické postupy u drogových závislostí jsou následující:

1. *Detoxikace* – v případech předávkování drogy – život zachraňující postupy, eventuálně použití antidot (látek antagonistujících účinky drogy), pokud jsou k dispozici (např. naloxon je antagonistou opiátů) atp.

2. *Detoxifikace* – velmi pomalé odstranění látky z těla, postupným snižováním dávek drogy tak, aby se pokud možno zabránilo příznakům z odnětí drogy (abstinenčním příznakům) – příklady detoxifikačních postupů jsou uvedeny v *Tab. 2*.

3. *Substituce* – alternativou detoxifikace je náhrada drogy bezpečnější látkou tak, aby se zabránilo příznakům z odnětí drogy a tuto látku pak postupně také odebrat. Typickým příkladem substituce u opiátové závislosti je použití metadonu – na rozdíl od zneužívaných opiátů se metadon (strukturou také opiát) aplikuje orálně, má pomalejší nástup účinku, nemá výrazný psychotropní efekt (také proto, že má menší afinitu k opiátovým receptorům), má delší biologický poločas a jeho vysazení nezpůsobuje tak drastický odvykací syndrom, protože hladina v krvi klesá pomalu. Dalším substitučním lékem u opiátové závislosti je buprenorfin – opiát, který má částečně antagonistické účinky na opioidních receptorech (agonista/antagonista opioidních receptorů), podává se pod jazyk (sublingválně), další charakteristiky jsou obdobné metadonu, navíc je bezpečnější¹.

4. *Prevence relapsů* – aplikace látky, která snižuje žádostivost, bažení po droze, „craving“, včetně „anti-cravingových“ látek (viz též *Tab. 3*).

a) *Podávání látky, která snižuje/ruší pozitivní posilovací účinek drogy* (např. antagonistu nebo agonistu/antagonistu dané drogy), například dlouhodobé podávání opi-

¹ Podrobněji viz Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie závislostí.

oidního antagonisty naltrexonu u opiátové závislosti. Orální aplikaci látky, která ruší účinek opiátů při jejich eventuální aplikaci (= při relapsu), lze použít pouze u vysoce motivovaných pacientů.

b) *Podávání látky, která obrací účinek drogy ve velmi nepříjemný zážitek* (vytvoření podmíněné vazby droga = trest), například užití disulfiramu u alkoholové závislosti. Disulfiram zastaví metabolizaci alkoholu na stupni acetaldehydu – tj. látky subjektivně velmi nepříjemné, vyvolávající zvracení atp. Pokud se tedy před požitím alkoholu podá (injekčně) disulfiram, alkohol následně navodí nauseu, zvracení atp. a závislý si tak vytváří vazbu mezi alkoholem a velmi nepříjemným zážitkem (alkohol = nausea, zvracení atp.).

c) *Snaha o ovlivnění mechanismů žádostivosti obecně* – „anti-cravingové“ látky (např. D2 antagonisté, SSRI, glutamatergní antagonisté, opioidní antagonisté atp.) v kombinaci s psychologickým přístupem. Příklady jed-

notlivých přístupů jsou shrnuty ve schématu – *Tab. 4*. Například uvedený bupropion je látkou snižující bažení po kouření tabáku. Acamprosat je látkou užívanou ke tlumení bažení po alkoholu (pozn.: mechanismus účinku acamprosatu je komplexnější a ještě ne úplně přesně známý – acamprosat je současně antagonistou NMDA receptorů, agonistou GABAA i GABAB receptorů, zvyšuje koncentraci serotoninu v CNS, antagonizuje noradrenergní aktivitu, snižuje influx kalcia do neuronů).

Podrobněji o farmakologické léčbě viz kapitola Farmakoterapie závislosti (6/1).

Summary

Withdrawal Syndrome and Craving – Neurobiological Aspects

Neurobiological mechanisms of the withdrawal syndrome are described in more details. Possible neurobiological mechanisms of craving, contributing to maintenance and induction of the drug addiction and dependence, are mentioned. Basic pharmacological treatment procedures are summarised; some used and potential anti-craving drugs are mentioned.

Key words: craving – neurobiological mechanisms – pharmacological treatment – withdrawal syndrome

Literatura

viz kapitola 2/2

PharmDr. Magdaléna Fišerová, Ph.D. – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 2/2.

Tab. 1: Typ závislosti a symptomy při odnětí drogy

Typ drogy	Droga	„odměna“ ("reward")	Hlavní mechanismus účinku	Hlavní neurotransmitery
Stimulancia	Kokain	Euforie, vzrušení	Inhibice „reuptake“ katecholaminů	Dopamin, noradrenalin
	Amfetaminy (Extáze)	Euforie, vzrušení, změněné vnímání	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice „reuptake“	Dopamin, noradrenalin, serotonin
	Nikotin	Euforie, koncentrace, uvolnění	Aktivace nikotinových ACh receptorů a uvolňování neurotransmiterů, desenzitizace nikotinových ACh rec.	Dopamin, noradrenalin, Acetylcholin
	Kofein	Koncentrace, odstranění únavy	Antagonizace adenosinových receptorů – zvýšené uvolňování neurotransmiterů	Noradrenalin
Tlumivé látky	Alkohol (ethylalkohol)	Euforie, uvolnění, amnézie	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABAA rec., inhibice NMDA rec.	Dopamin, GABA, glutamát
	Benzodiazepiny	Anxiolytický účinek	Potenciace GABAA rec.	GABA
	Barbituráty	Útlum	Potenciace GABAA rec.	GABA
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Útlum, amnézie, změněné vnímání	Blok kanálů NMDA rec.	Glutamát
Opiáty	Morfin, heroin, metadon	Euforie, útlum, analgesie	Agonisté opioidních receptorů	Endorfiny
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol	Euforie, uvolnění, změněné vnímání	Agonisté THC receptorů	Anandamid
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD) diethylamid, meskalin	Změněné vnímání	Agonisté a antagonisté specifických serotoninergních rec., účinek na katecholaminy	Serotonin, dopamin

Vysvětlivky: GABA = aminomáselná kyselina, THC = tetrahydrokanabinol, NMDA = N-methyl-D-aspartát, ACh = acetylcholin, cholinergní, rec. = receptor, „reuptake“ = zpětné vychytávání neurotransmiteru ze synaptické štěrbině zpět do nervového zakončení

Poznámka: V tabulce jsou uvedeny pouze předpokládané hlavní mechanismy účinků drog a hlavní zúčastněné neurotransmitery, skutečný účinek drog je komplexnější a probíhá za účasti více systémů.

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 2: Léčebné postupy používané v detoxifikační fázi u drogové závislosti

Droga	Detoxifikace a počáteční léčba	Poznámky
Kokain Amfetamin	Antidepresiva (imipramin, desipramin, SSRI – fluoxetin)	Není přímo detoxifikace, když mechanismus úč. je podobný; symptomatická léčba deprese při odnětí drogy a snížení následné žádostivosti
Nikotin	Nikotinové přípravky – léčivé formy s dlouhou eliminací (náplasti, žvýkačky)	Mnohem menší toxicita než kouření, ale přesto určitá kardiotoxicita, noční děsy, kopřivka
Alkohol	Sedativa/ hypnotika (diazepam, klomethiazol)	Toxicita těchto látek je výrazně násobena při relapsu alkoholismu, riziko navození závislosti
Benzodiazepiny	Substituce BDZ s delším účinkem	Zmírnění projevů závislosti; u některých pacientů navození závislosti a abstinenční symptomy během následné redukce dávek substituenta
Heroin, Morfin	Substituce parciálními agonisty a agonisty/antagonisty (methadon, buprenorfin)	Závislost na methadonu při udržovací následné terapii; perorální a sublingvální podání substituenta je bezpečnější než injekční

Zdroj: autorka, podle Page a kol., 1997

Tab. 3: Možné farmakologické přístupy prevence relapsu drogové závislosti

Positivní posilovací účinek	Negativní posilovací účinek
<i>Farmakologie</i> –prevence očekávané odměny „anti-cravingové“ látky	<i>Farmakologie</i> –zmírnění příznaků z odnětí fáze detoxifikace
<i>Podmíněné chování</i> –prevence očekávání odměny	<i>Podmíněné chování</i> –Potlačení tvorby vazby při neuroadaptaci –Potlačení podmíněné vazby syndromu z odnětí

Tab. 4: „Anti-cravingové“ látky

opioidní systém antagonisté: naltrexon, nalmefen agonisté/antagonisté: buprenorfin
dopaminergní systém D2 antagonisté ?
serotonergní systém: SSRI (= inhibitory uptake) – fluoxetin atp.
serotonergní a noradrenergní systém (=inhibitory uptake) bupropion
glutamatergní systém antagonisté – acamprosat+)

Klíčová slova: craving – relaps – odyvkací stav (syndrom) – strategie zvládnání

1. Odyvkací stav

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) je to „skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle protražovaném) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odyvkacího stavu jsou v souladu se známými známkami odyvkacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odyvkací stav může být komplikován křečovými záchvaty.

Odyvkací stav patří k typickým projevům syndromu závislosti¹ a v této souvislosti se s ním v klinické praxi nejčastěji setkáváme. Zda, kdy a v jaké intenzitě lze očekávat rozvoj odyvkacího stavu u jednotlivých látek záleží jednak na látce samotné, tj. na schopnosti dané látky vyvolat závislost (potenciál pro závislost), jednak na faktorech na straně uživatele (délka a intenzita užívání, motivace k vysazení drogy a jiné osobní dispozice). Konečně zde mohou hrát roli i faktory prostředí, v němž dochází k manifestaci odyvkacího syndromu.

Projevy odyvkacího stavu²

Záleží na druhu látky, velmi zjednodušeně lze ale říci, že řada příznaků odyvkacího stavu má opačný charakter než vlastní účinek dané látky. Tak o opiátech je známo, že působí protikřečově (při odyvkacích obtížích jsou přítomny křeče), že mírní bolesti (odyvkací stav je spojen s bolestivými příznaky), že působí tlumivě (při odyvkacím stavu dochází k nespavosti a podrážděnosti), že vyvolávají euforii (v odyvkacím stavu trpí postížení rozladami) atd. Toto pravidlo ovšem neplatí absolutně a řadu příznaků není možné si odvodit.

Odyvkací stav po alkoholu: jsou přítomny nejméně tři z následujících příznaků: bolesti hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, epileptické záchvaty, nevolnost nebo zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, tělesný a duševní neklid, pocit choroby a slabosti,

nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů. Závažnost odyvkacího stavu po alkoholu kolísá od mírného několik hodin trvajících třesu až těžkým život ohrožujícím stavům spojeným s delíriem a epileptickým záchvaty. Léčba delira tremens přesahuje rámec této práce³, jen zde zmíníme, že klasická antipsychotika, např. chlorpromazin jsou zde naprosto nevhodná a že je třeba věnovat náležitou pozornost úpravě vodního a minerálního hospodářství. Těžký odyvkací stav po alkoholu s delíriem je indikací k nedobrovolné hospitalizaci.

Odyvkací stav po heroinu a dalších opioidech: jsou přítomny nejméně tři z následujících příznaků: slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže nebo opakované pocení, vyšší tepová frekvence nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost nebo zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po droze. – I odyvkací stav po heroinu může mít různou závažnost. Odyvkací stav po nižších dávkách přirovnávají uživatelé k chřipce, u těžkých odyvkacích stavů dominují křeče, časté je zvracení a silné průjmy. Akutní projevy i těžšího odyvkacího stavu po heroinu zpravidla odezní do týdne, i když bolesti svalů a poruchy spánku mohou přetrvávat déle. Chování postiženého bývá zejména v nechráněném prostředí ovlivněno silným bažením po droze⁴.

Odyvkací stav po drogách z konopí (marihuana, hašiš): může trvat od několika hodin do týdne, projeví se např. úzkostí, podrážděností, třes rukou, pocením a svalovou slabostí. Účinná látka z konopí (THC) se při chronickém užívání kumuluje v tukové tkáni a následně při abstinenci se z ní jen zvolna vyplavuje, proto nebývají fyzické obtíže po vysazení konopí silné nebo život ohrožující⁵.

Odyvkací stav po sedativech a hypnotikách: Jsou přítomny nejméně tři z následujících znaků: vyšší tepová frekvence, bolesti hlavy, nespavost, epileptické záchvaty, třes jazyka, víček nebo prstů, přechodné halucinace nebo iluze, ochablé svalové napětí ve stoji, psy-

¹ Viz též Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria, dále o odyvkacím stavu Fišerová, 2/2, Dvořáček, 5/7, Detoxifikace.

² Delirium tremens viz rovněž Popov, kapitola 3/1, Alkohol, Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

³ Blíže viz Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

⁴ Viz též Minařík, kapitola 3/2, Opioidy a opiáty, Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

⁵ Viz též Miovský, kapitola 3/5, Konopné drogy.

chický i tělesný neklid, nevolnost či zvracení, pocit choroby a slabosti, představy pronásledování. Odvykáci stav tohoto typu může ohrozit život. Zvláštní pozornost je třeba věnovat odvykáci stavům po *benzodiazepinech*⁶. Ty nastávají i po dlouhodobém podávání běžných terapeutických dávek, po terapeutických dávkách však neohrožují život. Projevují se obvykle tím, že příznaky, pro které byly benzodiazepiny nasazeny, se znovu objeví a to v zesílené podobě. Léčba těchto odvykáci stavů je svízelná, obvykle se volí postupné snižování dávek.

Odvykáci stav po kokainu a jiných budivých látkách (zejména pervitinu): Jsou přítomny alespoň dva z následujících znaků: letargie a únava, bizarní nebo nepřijemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení duševního a tělesného tempa či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost. Po delší intoxikaci pervitinem se pravidelně setkáváme s dlouhým spánkem, který bývá sám o sobě spíše projevem vyčerpání a spánkového dluhu než odvykáci stavem⁷. Tyto stavy vyčerpání nevyžadují specifickou léčbu, v případě přetrvávajících úzkostí nebo depresí lze uvažovat o nasazení vhodného antidepresiva nebo antipsychotika.

Odvykáci stav po nikotinu: Jsou přítomny nejméně dva z následujících znaků: úzkost, nespavost, kašel, obtíže se soustředěním, vředy na sliznici úst, rozladěnost, zvýšení chuti k jídlu, podrážděnost nebo neklid, pocit nemoci a slabosti, silná touha po nikotinu⁸.

Odvykáci stavy po dalších látkách, skupinách látek a kombinacích: Odvykáci stav po *halucinogenních látkách* se zpravidla nevyskytuje. Stejně tak se neseťkáme s odvykáci stavem po *organických rozpouštědlech* (např. toluen) a jiných těkavých látkách, i když mohou být přítomny příznaky cravingu. S odvykáci stavem po *kombinaci více látek* (např. opioidy a diazepam) se naopak lze setkat v praxi poměrně často a dají se tak někdy vysvětlit netypické průběhy odvykáci stavů, které špatně reagují na léčbu.

2. Craving (bažení)

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) se o cravingu hovoří jako o „silné touze nebo pocitu puzení užívat látku“ a craving je tam uveden jako jeden z šesti znaků závislosti. „Silná touha po droze“ je také znakem některých odvykáci stavů, jak jsme se o tom již zmínili výše.

Již v 50. letech se objevilo doporučení odlišovat tělesné a psychické bažení. Rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) je oprávněné i s ohledem na výsledky moderních výzkumů, které se zaměřovaly na aktivitu jednotlivých částí mozku při bažení. Bažení, nebo fenomén mu blízký, je také součástí definice patologického hráčství a lze se s ním setkat i při léčbě jiných návykových poruch. Bažením u různých návykových nemocí se podrobněji zabýváme na jiném místě (Nešpor a Csémy, 1999, Nešpor, 2000).

Projevy cravingu

Některé objektivní a subjektivní příznaky bažení shrneme v následujícím přehledu.

Objektivní příznaky:

- Nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku (dorsolaterální a prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček).
- Oslabení paměti.
- Prodlužuje se reakční čas – tedy se zhoršuje postřeh (vyšší riziko úrazů, proto neradi slyšíme, když některý klient hrdě referuje o tom, že bažení zahání jízdu v autě).
- Abnormální nálezy na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice).
- Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku.
- Snižování kožního galvanického odporu.
- Vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu.

Subjektivní příznaky:

- Vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru.
- Svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení.
- Silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost.

Při studiu uvedeného přehledu vás patrně napadne, že řada uvedených příznaků jsou zároveň projevy stresu. Lidé závislí na návykových látkách často popisují craving jako nepříjemnou zkušenost a silný craving nezřídka předchází relapsu či recidivě.

⁶ Viz též Bayer, kapitola 3/6, Analgetika, sedativa a trankvilizéry, Hampl, kapitola 3/7, LOKY vyvolávající závislost.

⁷ Viz též Minařík, kapitola 3/3, Opioidy a opiáty.

⁸ Viz též Králíková, kapitola 3/10, Tabák a závislost na tabáku.

Nedostatečně uvědomovaný craving

Z klinické praxe ovšem víme, že k řadě relapsů a recidiv návykového chování dochází, aniž by postižený pociťoval craving. Důvodem může být nedostatečně uvědomovaný a nerozpoznaný craving. To může mít více příčin.

1) Malá schopnost sebeuvědomění. Pojem alexithymie označuje, zjednodušeně řečeno, chudý fantazijní život a malou schopnost popsat (a také si uvědomovat) vlastní emoce. Alexithymie byla původně popsána u psychosomaticky nemocných, ale zdá se, že je častější i u některých skupin závislých pacientů. Pro závislého se zhoršenou schopností sebeuvědomování je důležité se naučit lépe vnímat své tělo (např. za pomoci některých relaxačních technik), psychiku a zejména emoce (např. za pomoci psychoterapie, relaxačních a meditačních technik a dalších postupů). To má význam samo o sobě i jako příprava na využívání jiných postupů. Americké prameny doporučují používat nácvik rozpoznávání pocitů u alexithymických závislých na kokainu, což je přípravu na využívání dalších, např. kognitivně-behaviorálních postupů.

2) Cravingové pocity specificky odrážejí i to, co dotyčný obecně postrádá (např. intimitu, pocity sounáležitosti). Sebeuvědomování dosahované v psychoterapii má proto obecně anticravingový účinek.

3) Důvodem nedostatečného sebeuvědomění může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem.

4) Důvodem špatného vnímání cravingu bývají nerealistické nároky na sebe a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět. Prosté potlačení myšlenek ohrožujících sebepojetí nemusí ovšem postačovat, a úzkost, kterou při tom člověk pociťuje, může craving ještě zesílit. Zdá se, že tento mechanismus je relativně častý u žen. U tohoto typu pacientů je důležité, aby si přiznali závislost a uvědomili si, že craving je jedním z častých projevů závislosti a ne např. vadou charakteru.

5) Špatné vnímání cravingu je časté i v situacích, kdy k recidivě dojde velmi rychle a téměř automaticky v prostředí, kde jsou návykové látky snadno dostupné a kde často docházelo k jejich aplikaci. Zde je důležité se orientovat na změnu životního stylu, změnu sítě sociálních vztahů, někdy změnu zaměstnání atd. Pomoci mohou také např. dovednosti odmítání.

Léčba a zvládnání cravingu

V posledních letech se v odborné literatuře objevují poměrně často zprávy o léčích s přímým účinkem na bažení u závislých na alkoholu. Prakticky významné je

také zjištění, že buprenorfin může mírnit bažení po kokainu, jestliže je podáván jako látka k substituční léčbě u kombinované závislosti na heroinu a kokainu (Mannelli et. al., 1993)⁹. Prakticky patrně ještě významnější jsou psychologické strategie zvládnání cravingu. Zde si dovoluujeme citovat přehled strategií zvládnání cravingu řazených podle četnosti toho, jak je naši pacienti využívali (Nešpor a Csémy, 1999).

- Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly
- Uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy
- Odvedení pozornosti (vhodná četba, hudba, psát dopis, vaření, sprcha, koupel atd.)
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou
- Uvědomit si výhody abstinence
- Tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody
- Prostě vydržet
- Spánek nebo odpočinek
- Včas bažení rozpoznat, uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé
- Myslet na své zdraví
- Hovořit o pocitech při bažení – s odborníkem či s někým blízkým, telefonicky (např. linka důvěry) nebo i přímo
- Sex
- Relaxační techniky (úplná nebo částečná relaxace)
- Jít někam, kde nejsou návykové látky
- Napít se nealkoholického nápoje
- Požádat o pomoc
- S rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky
- Uvažovat o příčinách bažení
- Využívat pomůcek, talismanů, symbolů připomínajících abstinenci
- Použití léku předepsaného lékařem
- V duchu nebo nahlas si popisovat pocity při bažení
- Někomu odevzdat peníze
- Cvičit plný jógový dech
- Pozorovat dech
- Pocity při bažení pokud možno uvolněně a neosobně pozorovat
- Sám někomu nabídnout pomoc
- Sebemonitorování (zapisovat si, kdy bažení vzniká, a co ho pomáhá překonat)

Obecně lze říci, že vysoce účinné, ale nepříjemné strategie typu „Uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy“ nebo „Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou“ jsou vhodné k bezprostřednímu zvládnutí krize. Pozitivní

⁹ Podrobněji o farmakologickém ovlivňování cravingu: Fišerová, kapitola 2/4, Bayer, kapitola 6/1.

a spíše příjemné postupy se zase dobře hodí k průběžnému udržování dobrého stavu¹⁰.

Příklady z praxe

Ondřej

18.-letý Ondřej závislý na heroinu při skupinové terapii připustil, že mu heroin působil řadu problémů. Nebyl však ochotný se přestat stýkat s lidmi, kteří drogy berou, ani přestat chodit do rizikových prostředí. Terapeut se ho zeptal, co by cítil, kdyby se s některým ze svých známých dal do řeči. Ondřej připustil, že by v takovém případě měl nejspíš chuť „si šlehnout“. Uvedené setkání není v této fázi léčby v jeho zájmu. I kdyby k recidivě nedošlo silný craving je sám o sobě nepříjemný. To Ondřej po určitém váhání připustil.

František

František přišel do Prahy studoval vysokou školu, na kolejích začal postupně zkoušet různé drogy a vytvořil si závislost na pervitinu a heroinu. Prostředky na drogy si opatroval krádežemi, kvůli kterým se dostal na sedm měsíců do vazby. Po překonání odvyka-

cích potíží ve vazbě žádný velký craving nepocítoval, protože ve vazební věznici pro něj nebyly drogy dostupné. Silný craving se však dostavil bezprostředně po propuštění, kdy si mohl drogy poměrně snadno opatřit. To byl také důvod, proč vyhledal naši pomoc a pak se rozhodl k ročnímu pobytu v terapeutické komunitě.

Jan

27.-letý středoškolák závislý na pervitinu a alkoholu trpěl i po střednědobé léčbě úpornými a dlouho trvajícím stavu bažení. Toto obtížné a mnoho týdnů trvající období se mu podařilo překonat za pomoci intenzivního ambulantního léčení, které zahrnovalo hromadnou, skupinovou i individuální terapii souběžně probíhající ve více zařízeních.

Summary Withdrawal Syndrome and Craving – Clinical and Behavioral Views

The author describes withdrawal syndrome according to ICD-10 generally, and withdrawal syndromes related to various groups of psychoactive substances. He also deals with craving, which are or are not associated with withdrawal syndrome. Typical subjective and objective symptoms of craving are described, and the topic of insufficiently recognised craving is discussed.

Key words: craving – coping strategies – relapse – withdrawal syndrome

With reference to his previously published papers, the author puts an overview of psychological and behavioral strategies to cope with craving (e.g. the remembrance of past negative experiences with addictive behavior and similar strategies are useful when coping with acute crisis.) The chapter is concluded by several case reports.

¹⁰ Dále o cravingu, dovednostech zvládání atd. v souvislosti s prevencí relapsu viz Kuda, kapitola 7/7.

Literatura

- Isbell H.: Craving for alcohol. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 16, pp. 38 – 42, 1955
- Mannelli P., Janiri L., Tempesta E., Jones R. T.: Prediction in drug abuse: Cocaine interactions with alcohol and buprenorphine. British Journal of Psychiatry, 163, suppl. 21, pp. 39 – 45, 1993
- MKN-10 (ICD-10): Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (Překlad z anglického originálu). Zprávy č. 102, Psychiatrické centrum Praha, 1992
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Nešpor K., Csémy L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí. FIT IN a Sportpropag, Praha, 1999
- Nešpor K., Csémy L.: Strategies to Cope with Cravings. Alcoholologia: European Journal of Alcohol Studies, 11, No.1, pp. 13 – 17, 1999
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Primář oddělení závislostí (muži) v Psychiatrické léčebně Praha – Bohnice, člen subkatedry návykových nemocí IPVZ. Absolvoval kromě jiného psychologické výcvik v SUR. Je autorem nebo spoluautorem více než 30 knih, týkajících se léčby návykových nemocí, psychoterapie a využívají jógy a relaxačních technik, a řady dalších odborných prací v češtině i angličtině. Je také vědeckým sekretářem Společnosti návykových nemocí ČLS JEP a národním koordinátorem Evropského akčního plánu o alkoholu WHO.

*Kontakt: Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91,
181 02 Praha 8
E-mail: nesper@plbohnice.cz
Internet: www.plbohnice.cz/nespor,
www.muweb.cz/veda/nespor,
www.geocities.com/dr_nesper*

Klíčová slova: AA – psychologické faktory – sociální prostředí – terapeutické přístupy – změna

1. Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy

S rozvojem psychologie a zvláště psychoterapie byly hledány důvody rozvoje závislosti v psychice lidí, ať už v podobě určitých osobnostních vlastností či některých jemnějších souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. V r. 1934 byla toxikomanie uznána v USA jako „duševní porucha“ a brzy se i dostalo na výzkum její psychologické etiologie. Lze říci, že výzkumy sledovaly a částečně i potvrzovaly, že lidé drogy berou a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhaly řešit stávající stav (např. pocity odcizení, nemilovanosti, selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebeúcta či sebevědomí) či nabízely něco, po čem jedinec toužil (např. odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace, poznání, sex, moc, odmítnutí přítomného, schopnost bojovat), někdy ovšem také z pouhé příležitosti spojené s ignorancí. Souhrnem můžeme mluvit o šesti základních nabídkách, kterými různé druhy drog disponují (viz Obr. 1):

1. Umožňují dosažení větší *kontroly, moci* nad sebou či nad druhými.
2. *Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj*, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života.
3. *Zbavují nepříjemného stavu*, akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.
4. Vyvolávají *slast*, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.
5. Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, *usnadňují přizpůsobení*.
6. Pomáhají při *asociálním životním stylu*, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebeředitelství potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.

1.1 Dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými

Většina pokušení nabízí tři hlavní odměny: poznání, moc a sex. Drogy zvláště v první fázi užívání toto vše nabízejí a působí na člověka dojmem všeléku, proto

bylo jejich užívání dříve přísněji střeženo a vázáno na pouze určité časoprostorové (zejména rituální) podmínky. Dnes ale drogová závislost děsí svou nekontrolovatelností, neboť v psychice těch, kteří drogu užívají, neexistují dostatečně vyvážené alternativy. Paradoxem při tom je, že mladí lidé často drogy berou právě proto, že v nich nalézají pozitivní životní program či hodnotu. Zápas s pokušením a touha podlehnout mu je drama, kde droga může alespoň dočasně mnohé usnadnit odložením vnitřního zápasu. Odklad však komplikuje úměrnost psychosociálního vývoje. Stále jasněji vystupuje neschopnost žít nezávisle, neochota a strach z volby, které se vyjevují v podobě úzkosti a hněvivého podráždění. Lze říci, že svobodná vůle souvisí s vnitřní kontrolou a sebeovládáním. Zatím jsme dostatečně úrovně nedosáhli a někdy si dokonce pomáháme samotnými drogami. Problém ale stojí obráceně: abychom se mohli spolehnout na bezpečné zacházení s drogami, je třeba v civilizaci takové úrovně dosáhnout. Zatím je neúčinnější technikou ztráty kontroly nad drogou její snížená dostupnost hlavně pro ty, kteří se sebeovládáním mají potíže či zatím nemají relativně stabilní svět vnitřních hodnot. Jiný přístup nabízí například teorie závislosti, vypracovaná hnutím Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů (AA 1989): doporučuje příbuzným vzdát se kontroly nad závislým, neboť tato jejich pomoc umožňuje závislému vyhnout se poznání, že díky drogám přestal být schopen řídit vlastní život.

1.2 Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje

Drogy v 60. letech vyvolávaly u lidí pocit, že jim otevírají mysl a stimulují mozek. V tomto období se celá řada předních vědeckých zabývala průzkumem účinku psychedelik na člověka¹ a měla přítom na mysli zcela určité cíle, kterých zatím nebylo možno u běžně fungujícího mozku dosáhnout. T. Leary se svými spolupracovníky se v určitých fázích vývoje výzkumu těchto drog zabýval myšlenkou na ozdravné programy pro celou společnost a měl představu, že psychedelika budou nositelem této kvalitativní změny práce na sobě. Jedinec mohl na jedné straně zažít pocit „procitnutí uvědoměním si určitého řádu, který dříve nenahlížel. Na druhé straně ho chaos, do kterého byl prožitkově

¹ Jednalo se zejména o LSD – viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie...; Mioviský, kapitola 3/4, Halucinogenní drogy

drogou uvržen, vyzýval k dalšímu úsilí přijmout takovou informaci jako přirozenou vesmírnou základnu, z které teprve mysl utváří proud omezeného, ale jasného vědomí (viz Leary, 1997). Při výzkumném úsilí zachytit procesy vyvolané drogou bylo však postupně stále více jasné, že hlavními determinantami celého procesu jsou ritualizované podmínky užití drogy a subjektivní očekávání účinků. Přesto 60. léta a vliv psychedelik na výzkum podstatně urychlily to, co nazýváme vývoj vědomí.

1.3 Zbavení se nepřijemného stavu

Drogy odjakživa působily dobrodiní v podobě odstraňování pocitu bolesti a v tomto smyslu jsou lékem. Myšlenka, že by droga mohla být lékem „na duši“ je velmi stará². Rychlé řešení psychosociálních krizí chemickou cestou se však ukázalo pouze jako řešení částečné, které je potřeba doplnit psychotherapeutickým procesem. Z klinické praxe je např. známo, že celá řada závislých začala drogou řešit svůj problém, např. s traumatickým zážitkem. U teenagerů se setkáváme s ambivalentním pocitem odchodu z domova a jednou z možností, jak situaci udržovat a podporovat, je brání drog se svou proklamací svobody a útokem na autority na jedné straně a zřejmým nesamostatným a sebe i jiné ohrožujícím chováním na straně druhé. Konec konců je přirozenou lidskou potřebou ukojit hlad po podnětech v psychosociálním světě, když neuspějeme, hledáme náhradní strategie. Jednou z nich může být únik k drogám. Tato, řečeno s Kunderou, „nesnesitelná lehkost bytí“ pak je svépomocnou léčbou, ústí ale do osamocení, které navíc komplikuje možnost proces zastavit.

1.4 Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků

Případy, kdy jedinci používají drogu hlavně pro slast, kterou jim způsobuje, jsou nejsložitější. Dojde-li k závislosti, slast se brzy nerozlučitelně propojí se strastí, přesto se pro závislého jedince žádná alternativa svou intenzitou slasti droze nevyrovná. Neefektivnější metodou je znemožnit jedinci se nadlouho k droze nadlouho dostat. Mezičas pak vyplňujeme psychotherapeutickým úsilím postaveným na jasné formulaci ohrožení života, vytvoření motivace pro přežití a získání dovedností (či umění) žít.

1.5 Usnadnění přizpůsobení

Droga je často vyjádřením náležením k určité skupině.

Čím více je daná skupina na okraji společnosti, tím více používá skupinového narcismu jako formy kompenzace a droga zde častěji než v jiných skupinách slouží vyspravení ega potvrzováním si správnosti společenství a jeho životního stylu³. Chceme-li příslušníka takové skupiny léčit, je třeba uvážit následky takové intervence s následnou abstinencí; abstinence pak připomíná v mnoha směrech emigraci do jiných společenství s jiným jazykem, vnímáním a kulturou a začínající abstinencí trpí svérázným kulturním šokem, opuštěností a „home sick“ syndromem⁴.

Dospívání, během něhož jedinec vrůstá do společnosti, dnes probíhá přes jakési psychosociální moratorium, tj. dobu hledání, nezávazného experimentování a pohybování se v méně formálních skupinách, které se rychle sdružují, ale i mění. Tyto subkultury často používají drogy pro své explorační a sdružovací rituály, a dospívající, který je v této chvíli v zemi nikoho, s nejistotou pozitivitu svých kořenů (všechno bylo špatné, proto jsem to opustil) a ještě větší nejistotou své budoucnosti, snadno přijme drogu jakožto určitou proklamaci přináležení ke společenství či jenom aktuální naladění se na ní. Navíc hranice dospělosti se neustále posunuje, takže čas nejasné identity provázené úzkostí a potřebou dopingu či zklidnění se prodlužuje a bohužel roste někdy rychleji než schopnost mladých lidí na sobě disciplinovaně pracovat.

Přizpůsobení je vlastností u lidí velmi ceněnou. Henri Bergson však upozorňuje na nevýhodu druhého extrému: extrémní plasticita lidského sociálního chování může totiž způsobit rozpad společnosti jako celku v chaos. Droga by pak byla tím, co by pomáhalo v úzkosti z tohoto chaosu. Jiným extrémem této plasticity je globální kultura, ke které svět směřuje. Zde pak opět drogy mohou být motorem, který pomůže se od „velké matky – globální kultury“ odpojit, nakonec však skončit v opiátové náruči.

1.6 Součást asociálního životního stylu

Brání drog pro jejich sníženou dostupnost či dokonce zákaz jejich brání samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti a jeho dissocialita je potvrzována potřebou sehnat na drogu enormní množství financí. Mnoha závislým se proto velmi ulevilo, když je medicínský model označil na bezmocné jedince, kteří se musí ze své závislosti léčit, tedy musí s nimi být za-

² Viz Kudrle, kapitola 1/9, Historie...

³ Tam, kde jde o dobytí teritoria, prosazování dominantního postavení v rámci dobře organizovaných skupin či sexuální agresivitu, mají zelenou stimulační drogy jako amfetaminy, kokain či drogy podporující růst svalové hmoty. Jedná-li se naopak o upevnění pravidel tohoto společenství, udržuje se podáváním relaxačních triplů, hašišem či heroinem.

⁴ Stesk a touha po domově, popisovaná u emigrantů.

cházeno daleko lépe než jako s trestanci. Droga sama se nicméně stává pro podsvětí atraktivním předmětem obchodu a není tedy divu, že se mezi těmito lidmi usídlila jako součást jejich životního stylu a někteří z nich se stali na ní závislími. Jiným příkladem je subjektivnost percepce při braní drog v 60. letech, která zaměřila pozornost jedinců beroucí drogy více na sebe sama a jejich fascinace sama sebou je uzavírala před ostatním světem. Často se dopracovávali ve své rostoucí sebestřednosti do alternativních životních stylů, z nichž některé obsahovaly i parazitický život, někdy i s projevy kriminality.

Jako terapeuti se běžně setkáváme rovněž s asociálním životním stylem dítěte, na jehož počátku stojí protektivita rodičů podporující vývoj dítěte směrem k samozřejmému braní více než k dávání, což zabraňuje rozvinout pocity sounáležitosti s druhými a ochotu s nimi spolupracovat. Tento postoj se později stává důležitou okolností drogové kariéry a ještě později může být na překážku při návratu z drog do běžného života.

2. Drogová závislost z hlediska psychotherapeutických škol

Existuje 4 vůdčí teoretické a praktické přístupy v psychoterapii drogových závislostí: 1) spirituální přístup Anonymních alkoholiků, 2) psychodynamický přístup, 3) přístup rodinné terapie, 4) přístup behaviorální. Tyto přístupy se navzájem liší pojetím poruchy ve vztahu k droze a k abstinenci, a tudíž i druhem léčby. Vznikaly v úzké souvislosti s praxí a jen málo z nich vycházelo z výsledků výzkumů.

2.1 Spirituální přístup

Nejnámějším příkladem je hnutí Anonymních alkoholiků (viz AA, 1989), které hraje velmi významnou roli v bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti⁵ právě tím, že vneslo do této oblasti spirituální dimenzi. Hnutí AA hovoří o intenzivních pocitech odcizení a ztrátě smyslu života lidí, následkem čehož upadají do zmatku ve svých osobních cílech. Popisuje úpadek jejich hodnotového systému hlavně v oblasti morálky a o zmatku v přesvědčení. Spirituální dimenze, s kterou jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá přípuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti. Pomocí důkladné revize sebe sama dosahuje zvýšeného sebeuvědomění, které podporuje převzetí přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí, kterou může symbolizovat i společenství těch, kteří jsou ve stejné situaci a kteří vytvářením vzájemně podpůrné sítě dosahují abstinence jakožto prostředku

k úzdavě. Teorie obsahuje taktéž resocializaci ve smyslu realizovatelném vyrovnání se s lidmi, kterým jejich závislost taktéž ublížila.

2.2 Psychodynamický přístup

Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek zahrnují nevědomý konflikt, deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Vycházení buď z koncepce pudů a jejich zvládání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní a léčba vychází z představy, že zvědomíme-li opět to, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme dnes ve svém vědomí si s problémem či zážitkem poradit lépe.

Pro ilustraci uvádíme několik významných psychoanalytických autorů a jejich přístupů (cit. in Mikota, 1995; Leeds a Morgenstern, 1999). V r. 1984 Blatt popsal tři psychologické motivace braní opiátů: 1) vytvoření symbiotického stavu uspokojujícího potřeby, 2) obrana vůči špatnému sebehodnocení, 3) obrana vůči potenciální psychotické dezintegraci. Propojil tak teorii pudů a objektních vztahů. – Leon Wurmser zdůraznil při vysvětlení braní drog kruté super ego, které člověka ničí nejen vzpomínkami na bolestivé dětství i reálnými současnými symptomy z takového stavu vyvěrajícími: nepřátelstvím vůči autoritě či příliš vysokými požadavky na sebe a případným sebetrestáním či vyčítkami. Drogy slouží k vyhnutí se bolesti, úzkosti a strachu. – Edward Khantzian vycházel v teorii self-psychologie z hypotézy, že podstatou problémů osob jsou nedostatky ega nebo self a že drogy pomáhají buď tento deficit dočasně „vyspravit“ či na něj zapomenout. Modifikovaná dynamická skupinová terapie (MDST), kterou vypracoval, se proto zaměřuje na ty hlavní projevy vývojových deficitů, které závisly drogami nejčastěji příkrývají: afekt, nedostatečnou sebeúctu, špatné interpersonální vztahy a destruktivní zakořenění mezi dalšími závislími. – Henry Krystal se v rámci teorie objektních vztahů zaměřuje na dvě vážná narušení v raném vývoji. V symbiotickém vztahu k matce, která velmi podobně jako droga hrála v určitém úseku života jedince ústřední roli, se objevuje touha po sjednocení se svým ideálním objektem, zároveň však individuum prožívá hrůzu z možných zranění, která ostatně při droze nastávají. Druhá teorie se věnuje alexithymii, kdy osoba pomocí drogy si zajišťuje odpojení se od svých bolestivých emocí. Podobně Moyce McDougall zdůraznil v teorii psychosomatických poruch funkci snížení bolesti, kde užívání je součástí „falešného self“.

Kaufmann (1994) upozorňoval na důležitost nezralých objektních vztahů k droze, v nichž se současně či střídavě uplatňuje adorace a nenávisť či hněv. Ve fázi pokročilé rekonvalescence prožívá pacient truchlení nad ztrátou drogy. Psychodynamická terapie, indikovaná

⁵ Viz též Kudrle, kapitola 2/1, 2/2, 2/10.

zejména v této fázi (viz níže) by se těmito vztahy a jejich zvědoměním měla zabývat.

2.3 Přístup rodinné terapie⁶

Tento koncept vychází především z teorie systémů, kde symptomový člen ukazuje na poruchu celého systému a jako takový je také třeba léčit. Může jít o druh vztahů, vzájemných podpor patologických vzorců chování a výchovy dětí, či komplementárních obran nedovolujících změnu.

2.4 Behaviorální přístup

Závislost je v behaviorálním modelu závislosti nazírána jako naučené chování, podmíněné navíc chemicky. Terapie se proto zabývá přeucením těchto maladaptivních vzorců hlavně pomocí odměn a trestů. Jak se postupně behaviorální přístup obohacoval kognitivně-emocionálním přístupem, i teorie vzniku a udržování závislosti byla obsažnější a brala v úvahu důležitost informací (zvědomění nevědomého i prosté dodání informace jakožto návodu, cesty k abstinenci) i emocionální a existenciální dimenzi psychoterapeutického vztahu.

3. Integrované přístupy a význam pro terapeutickou praxi

Integrované přístupy (obvykle spojující v teorii či praxi psychodynamický model s behaviorálním a/nebo systemickým) mají význam především v tom, že upozorňují méně na faktory, které k závislosti vedly, a více na faktory, které ji udržují, brání změně nebo naopak mohou změnu vyvolat či usnadnit. Tím umožňují řešení zdánlivě neřešitelných problémů.

Freud ve své praxi závislé po několika pokusech vzdal jako neléčitelné, nejen pro jejich neochotu sebereflexe, ale pro jejich zásadní nemotivovanost ke změně. Je realitou, že brání drog je obvykle spojeno s touhou v této činnosti pokračovat a že případné informace či výrazné symptomy, které by mohly dotyčného varovat a upozorňovat na potřebu změny, jsou obvykle ztíženy až naprostým „popřením“ (viz Mikota, 1995). 80. léta s obohacením behaviorálního přístupu však spolu s integrací v terapii přinesly do práce nemotivovanými klienty zásadní zlom. Optimismus vycházel z podrobnější Prochaskovy a DiClementovy (1986) analýzy vývoje změny (prekontemplace, kontemplace, akce a udržení změny), která umožňovala proces předtím neviditelný popsat v krocích a tak motivovat i terapeuty, kteří již nemuseli být smýkáni nudou nad neměnností procesu. Taktéž systemický přístup posiloval motivaci ke spolu-

práci, protože se – spíše než na obrany, které obcházel – soustřeďoval na zpřítomnění důsledků změn a tím zpřítomňoval v psychice klientů změnu jako takovou. Pojmenování faktorů, které změnu podporují (zvýraznění nepříjemnosti dosavadního stavu, podpora pacientova sebevědomí, rozfázování změny do postupných kroků, zvýšení představy dosažitelnosti a atraktivnosti cíle) a jejich funkční implementace do terapie dávaly terapeutům metodu pro práci s těmi, kterým se zatím brání drog velmi líbilo, avšak jejich mládí často ukazovalo při razanci jejich úletů na značnou nebezpečnost pasivního čekání na dosažení jejich subjektivního dna a bodu obratu k méně destruktivnímu chování.

Galanter (in Galanter a Kleber, 1996, cit. in Keller, 1999) ve své networking therapy vytvářel pragmatický přístup, v kterém kombinoval dynamickou psychoterapii s kognitivně-behaviorálními metodami, navíc prováděné i s pomocí členů rodiny, u kterých vystupoval spíše jako jejich učitel a manažer celého procesu. Zaměřil se hlavně na automatické reakce na drogu, které se vypracovaly pravděpodobně hlavně podmíněným reflexem a které je potřeba narušit zvědoměním, osvojit si schopnost rozpoznávat impulsy a své vysoce rizikové situace a naučit se předcházet relapsu.

Marlattova teorie prevence relapsu⁷ z 80. let a její další úpravy již vycházejí z integrovaného psychodynamicky-kognitivně-behaviorálního modelu (Marlatt a Barret, 1994, Rotgers, 1999). Identifikuje nejprve skupiny *jevů podporujících závislost*, jako jsou vysoce rizikové situace, spouštěcí klíče, maladaptabilní myšlenkové procesy a emocionální stavy, které vedou k tzv. zdánlivě nevýznamným rozhodnutím, k neuvědomovaným vzorcům chování, kterými se závislý přibližuje pravděpodobnosti relapsu. Ve střední fázi terapie pak zvědomění faktorů podílejících se na destruktivním procesu závislosti slouží k práci na jejich změně: vyhnout se jim, způsob, jak odolávat touze a pocitům prázdnoty, jak zpracovávat maladaptivní myšlenky, také učení se zvládnout první fáze relapsu a budovat vztahovou síť, často téměř novou. Intrapsychické konflikty, které spolupráci zpomalují, se ošetřují postupným zvědomováním obran a přenosu a empatickým zrcadlením poruch v dialogu i ve vztahu. Důležitou roli hraje i obvykle nízká tolerance závislého vůči negativním afektům a jeho neschopnost je verbálně vyjádřit.

Jestliže v první fázi abstinence (fáze nucené abstinence) se uplatňuje hlavně behaviorální terapie, ve

⁶ Blíže viz Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti; Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

⁷ Viz též Kuda, kapitola 6/8, Relaps a prevence relapsu

druhé fázi (fáze podmíněné abstinence) se mohou uplatnit psychodynamické teorie, především při zvědomování uchovávaní a obrany potlačeného konceptu braní drogy. Ve třetí fázi abstinence (abstinence nespolehlivá) působí efektivně přístup kognitivně-behaviorální. V poslední fázi abstinence (abstinence relativně spolehlivá), která obvykle přichází mezi 2. – 5. rokem abstinence může být velkou pomocí psychody-

namická psychoterapie, která vedle rekonstrukce intimity a autonomie se snaží jedince naučit unášet život. Platí zde to, co napsal Freud o úspěchu terapie jakožto transformaci hysterického utrpení do „běžného neštěstí.“

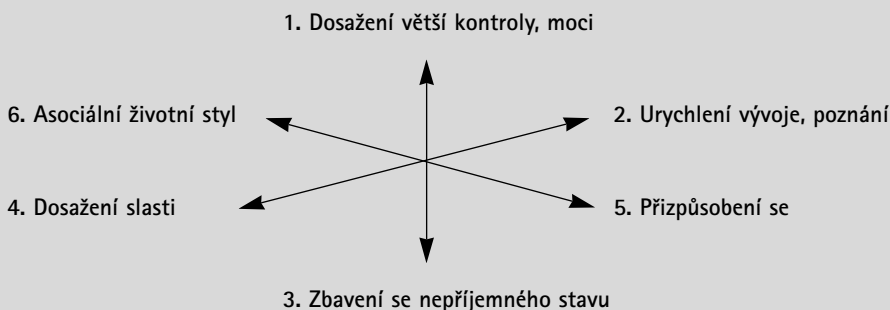
Summary Psychological and Psychosocial Factors of Aetiology and Development of Dependence

There are no psychological factors or personality types, that could surely imply the aetiology of dependence. However, combinations of some psychological factors in a certain setting can facilitate not only drug abuse, but also the development of dependence. These combinations are searched for at the psychological/social interface from following aspects: 1) achieving a better control or power, 2) acceleration of personal development, 3) avoiding acute or permanent unpleasant states, 4) reaching pleasure, 5) joining particular groups,

6) maintaining an asocial lifestyle. Further, factors of origin and development of dependence are found in the mirror of treatment approaches, models and theories: AA, psychodynamic, systemic, and behavioral approaches are presented. Many integrative approaches prefer to deal more with factors that maintain dependence and prevent changes (or may facilitate them), which has a practical relevance for treatment.

Key words: AA – change – psychological factors – setting – therapeutic approaches

Obr. 1: Co drogy umožňují



Literatura

- Brockman J., Matsonová K.: Jak se věci mají. Průvodce myšlenkami moderní vědy. Edice Mistři věd, Archa, Bratislava, 1995
- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994
- Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojko nakladatelství, Praha, 1998
- Keller D. S.: Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu. Příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Leary, Timothy: Chaos a kyberkultura. Ed. Michael Horowitz. Maťa Gharmagaia, Praha, 1997
- Leeds J., Morgernstern J.: Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Prochaska J. O., DiClemente C. C.: Towards a comprehensive model of change. In: Miller W. R., Heather N. et al.: Treating addictive behaviors – process of change. Plenum Press, New York, 1986
- Rotgers F.: Behaviorální teorie léčby drogové závislosti – aplikace vědeckých přístupů v praxi. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Marlatt G., Barrett K.: Relaps Prevention. In: Galanter M. and Kleber H.: Textbook of Substance Abuse Treatment. The American Psychiatric Press, Washington-London, 1994
- Mikota V.: Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakl. Jiří Kocourek, Praha, , 1995
- Szasz, T.: Ceremoniální chemie. Votobia, Olomouc, 1996

PhDr. Magdalena Frouzová

Vystudovala psychologii na FF UK v Praze. Další vzdělání a výcviky: psychoterapeutický výcvik SUR, systematická psychoterapie, psychoanalýza, Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), kurs v EATI, kurs supervize pod záštitou EAS a další. Pracovní kariéra: Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, Poradna pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy. V 90. letech založila Skálův institut

a Institut pro výzkum rodiny, kde působí jako ředitelka. Zabývá se terapií závislých a jejich rodin, vzděláváním v oblasti závislostí a psychoterapie, působí jako vedoucí psychoterapeutických výcviků a supervizor.

Kontakt: Institut pro výzkum rodiny, Vinohradská 14, 120 00 Praha 2

E-mail: traininginst@mbox.vol.cz

Klíčová slova: obranné mechanismy – retraumatizace – trauma – traumatizace primární/sekundární

Úvod

Mnoho závislých je traumatizováno, buďto v dětství, nebo v pozdějším životě a zcela jistě v období života se závislostí.

Traumatizace v dětství vzniká tělesným nebo sexuálním zneužitím rodiči nebo jinými rodinnými příslušníky. Někdy je to náhlá smrt blízkého člověka, separace ve zranitelném věku, bolestivá léčba či stresující hospitalizace, operace. Jindy účast u nějaké hrůzné nebo destruktivní události, která může mít traumatizující dopad. Obzvláště chronické sexuální a tělesné zneužívání je často provázáno citovou deprivací.

Traumatizace v pozdějším věku (adolescencce a dospělost) zahrnuje tělesné a sexuální násilí, znásilnění, vražedný pokus, těžkou nehodu, ozbrojené přepadení. Někdy je to protrahované sexuální či tělesné zneužívání od dětství do dospělosti.

Traumatizace během závislosti vzniká již samotným aktem závislosti, ale obzvláště destruktivními injekčními aplikacemi, pácháním kriminálních deliktů, ať už jako pachatel nebo jako oběť takových činů, či předávkováním. Dále konfrontací se smrtí někoho blízkého na drogách nebo prostituci (zvláště pokud je tato provozována pod pohrůzkou, nebo pod násilím).

Vztah mezi závislostí a traumatizací

Jaký je vlastně vztah mezi závislostí a traumatizací? Abychom toto mohli objasnit, musíme nejprve zkoumat dopad traumatizace. Musíme rozlišovat jednorázové (též nazývané trauma I. typu) a chronické trauma (nazývané trauma II. typu) a také vzít v úvahu věk, kdy k traumatizaci došlo. Čím mladší věk, tím těžší dopad na vývoj a psychiku oběti. Obzvláště pokud je dítě tak malé, že ještě není schopno verbalizovat, bývá dopad dramatický. Trauma I. typu vyúsťuje v posttraumatickou stresovou poruchu více či méně závažnou. Trauma II. typu, které vzniká téměř vždy v dětství, přerušuje vývoj. Posttraumatické symptomy zahrnují chronickou afektivní disregulaci, destruktivní jednání vůči sobě i druhým, poruchy učení, dissociativní problémy¹, so-

matizace. Deformace v pojetí sebe i druhých vyúsťují v poruchy osobnosti, jako je hraniční, narcistická, dissociativní či antisociální² porucha osobnosti nebo v komplexní posttraumatickou stresovou poruchu.

Jinými slovy: trauma je ochromující, ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi. Ničí i milující vztah k tělu, k tělu vlastnímu i k tělu druhých, a mění jej na nenávidný. Trauma ničí integritu a základní důvěru. Trauma přerušuje kontinuitu a tím se stává věčným. Trauma způsobuje nenávisť k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Nakonec vyvolává pocit izolace v nitru člověka i mezi lidmi. Jak vnitřní svět oběti, tak její vztahy k okolí, se stávají fragmentovanými. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou jádrovými prožitky psychického traumatu.

V dospívání se tyto problémy zvyrazňují a často poprvé vůbec se projeví vážnými poruchami chování. Oběť chronické traumatizace není schopna dosáhnout uspokojení z vnitřních zdrojů, a tak se spoléhá na činy, většinou na negativní přehrávání (acting-out). Vztahy s dospělými jsou narušeny. Mezi svými vrstevníky si dospívající oběti chronické traumatizace vyhledávají jedince se stejnými názory. Narušený vztah k tělu se stává více komplexním. Znechucení narůstá a s tím také možnosti jak je agovat: sebeпоškozování, prostituce apod., tedy znovupotvrzení oběti.

Trauma samo o sobě je pro děti nesnesitelné. Jak toto zvládnout? Jak přežít? Zapojují se všechny obranné mechanismy, zvláště potlačení a disociace (odštěpení). Disociace je neúčinnější. Vypadá to, jako by trauma bylo zapomenuto. Ale existují projevy, které potvrzují, že trauma je tu stále: noční můry, flashbacky³, chronická předrážděnost, netečnost, nevysvětlitelný strach a výbuchy agresivity. Manifestuje se dále studem, stažeností dětí nebo jejich hyperaktivitou, potížemi s koncentrací na výuku ve škole, fobiemi, panickými atakami. Často není rozpoznáno, že se tyto projevy vztahují k traumatu, protože to se mohlo udát před dlouhým časem. Ale trauma je věčné. Obranné mechanismy, mechanismy přežití vždy selhávají, zcela jistě

¹ Dissociativní (konverzní) poruchy podle MKN 10 zahrnují například poruchy paměti, stupor, trans a posedlost, dissociativní motorické poruchy, ztrátu citlivosti nebo kombinace uvedeného na podkladě disociace.

² Dissociální dle MKN-10.

³ V tomto kontextu pojem *flashback* znamená znovunabytí krátké živé vzpomínky na trauma, nikoliv na stav pod vlivem drogy.

pak v dlouhodobějším měřítku. A co navíc, aby mohly být účinné, měly by být silné, jenže pokud jsou silné, pak mají závažné vedlejší účinky: překážejí vývoji.

V dospívání se normální integrativní funkce ega oslabují a obrany vůči traumatu, které se vynořuje k povrchu, hrozí úplným selháním. Pro přežití je pak nezbytné vzpomínku na trauma potlačit ještě důkladněji. Každé chování, které vyúsťuje ve stres, má takový účinek. Přehrávání proto začíná hrát stále významnější roli. K posílení disociace jsou důležité psychoaktivní látky – tzv. chemická disociace. Drogy, alkohol a gambling umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, jindy mění emoce a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Zastavují flashbacky a noční můry a mění deprese v netečnost. Bezmoc ustupuje a (falešný) pocit kontroly začíná převládat. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a trvale vysoká úroveň stresu znecitlivuje emoce. Obojí, jak drogy, tak závislý způsob života, tedy přispívají k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu.

Nová traumatizace závislosti

Psychoaktivní drogy účinkují jen krátce. Proto, aby se jejich účinek projevoval déle, je nutné pokračovat v jejich užívání. Postupně se však začíná projevovat opačný účinek těchto strategií. Jsou to například ataky vztahovačnosti při užívání amfetaminů nebo kokainu a nebo realitu narušující efekt všech drog, které vyvolávají úzkost a pocity ztráty kontroly. Závislý život je také naplněn hrůznými událostmi, které často připomínají časné traumatické zážitky. Násilí, nerespektování, závislost na drogách nebo druhých lidech, kteří narušují hranice, účast při kriminálních deliktech, blízkost smrtelného ohrožení apod. Způsob, jakým závislý žije svůj život, potvrzuje způsob, jakým vnímá svět. A tento svět je naplněn traumaty, narušenými pohledy na vše, co se dotýká kontaktu s lidmi. Závislý život znovupotvrzuje trauma, je retraumatizující. Retraumatizace, která je vlastní závislosti, vede ke zvýšené potřebě obrany. Tak se vytváří bludný kruh traumatu a závislosti – závislost na traumatu.

Psychobiologie

Výzkum biologie u postraumatické stresové poruchy potvrdil trvalé změny u stresových hormonů. Extrémní stres, jaký se objevuje u traumatu, je provázen uvolněním četných neurohormonů, jako jsou endogenní opioidy (endorfiny). Tyto hormony jsou nezbytné pro zvládnutí stresu, například pro boj či útekovou reakci.

Existují důležité rozdíly mezi jednotlivou stresovou událostí a chronickým traumatem. Chronický stres in-

dukuje znecitlivění, což znamená, že více hormonů je potřeba k vyvolání stejného účinku. Většina studií byla uskutečněna se zvířaty, ale od období Vietnamské války jsou prováděny také humánní studie s veterány s PTSD (posttraumatic stress disorder – posttraumatická stresová porucha). Některé nálezy poskytují objasnění i ve vztahu k naší problematice. Endogenní opioidy indukují analgesii. Většina ze zraněných vojáků nepotřebovala morfin, protože stres z bojiště a poranění indukovaly uvolnění endorfinů. Jenže tyto opioidy a další neurohormony (např. norepinefrin) mají ještě další účinky: interferují s uloženými traumatickými zážitky v explicitní paměti. Jako by tímto způsobem nebylo člověku dovoleno vědomě prožít a pamatovat si onu traumatizující situaci. Zdá se být evidentní, že toto může být vysvětlení účinku disociace zážitku a vzpomínky na trauma.

Exogenní opioidy mají stejný účinek jako endogenní. U závislých traumatizovaných jedinců je zcela zřejmé užívání heroinu vysvětlitelné jako pokus zvýšit hladinu opioidů v mozku, když se jich již nedostává. Traumatizovaní lidé mohou být za normálních okolností velmi dobře sociálně přizpůsobení. Jejich reakce na stres je však odlišná: ve stresových situacích jednají, jako by byli opět traumatizováni. Pokusy na zvířatech ukázaly, že za normálních, málo stresových okolností si zvířata vybírají příjemnější ze dvou alternativ, ale ve stavu velkého rozrušení reagují zaběhnutým chováním bez ohledu na důsledky. Stejný typ reakce pozorujeme u traumatizovaných lidí, pokud se dostanou do stavu velkého vybuzení. V těchto stavech jsou také vyvolány vzpomínky na trauma. Roli zde hraje mechanismus obnovení situační paměti (state-dependent memory). Výzkum potvrdil, že některá psychofarmaka precipitují traumatické vzpomínky u lidí s PTSD, ale ne u kontrolní skupiny.

Chronické trauma snižuje citlivost receptorů k endorfinům. Přitom je dále zajímavé, alespoň u zvířat, že časná emoční deprivace a ztráta sociální podpory mají stejný účinek. Kvůli této snížené citlivosti je nutný větší přísun opioidů k vyvolání stejného zklidňujícího a tišícího účinku. Dalším důležitým nálezem je, že sebebeškození, běžné u PTSD, uvolňuje endorfiny, které jsou pak zodpovědné za zklidňující účinek, jak tvrdí sebebeškozovači. To samé také platí pro stresující chování. Opioidy, ať endogenní nebo exogenní, zmírňují nadměrné vybuzení. Předpokládá se, že tyto hormony hrají roli i u projevů přilnutí a u vazeb (je např. známo, že bříšním kontaktem mezi matkou a kojencem se uvolňuje malé množství endogenních opioidů). Existuje rovněž významná podobnost mezi opiátovým odvykacím syndromem a symptomatikou PTSD.

Předpokládáme u nich stejnou etiologii: hyperaktivitu v noradrenergním systému kombinovanou se sníženou vazebnou kapacitou opiátových receptorů. Clonidin (alfa-2-adrenergní agonista) má pozitivní účinek jak na opiátový odvykací syndrom, tak na hyperaktivitu u PTSD. Zdá se, že u PTSD nová expozice vůči traumatické situaci vyvolá nárůst opiátové odpovědi, která na subjektivní úrovni vytvoří pocit kontroly. Když expozice končí, objevují se odvykací příznaky opiátového typu, jako úzkost, hyperaktivita a poruchy regulace afektů, což jsou zároveň také symptomy PTSD. Ačkoliv přechodně se zdá být možné udržet tíživé emoce pod kontrolou, v dlouhodobém pohledu se naopak PTSD symptomatika posiluje. Bludný kruh se uzavírá.

Těžké trauma má těžké důsledky ve všech oblastech života, intrapsychicky i mezilidsky. Bez léčby trauma nikdy nekončí a průběžně narušuje život posttraumatickou symptomatikou. Závažné důsledky si vyžadují silné obranné mechanismy. Ty pak překáží již tak narušenému vývoji. Trauma je vždy provázeno retraumatizací. To vyžaduje další mechanismy přežití. Alkohol, ilegální drogy a hráčství a také stres (který je často znovustavením traumatu) pomáhají potlačit posttraumatické symptomy a pomáhají „zapomenout“ na trauma a na vztah mezi symptomy a původním traumatem. Závislost je však retraumatizací v mnoha ohledech. Čím větší je potřeba se bránit, tím více vzniká závislé chování. Bludný kruh, nebo spíše spirála vedoucí do temnot. Různé neurohormony, například endogenní opioidy, hrají centrální roli jak u PTSD, tak u závislosti. Trauma a závislost se prolínají.

Léčba

Jaké jsou z toho konsekvence pro léčbu? Úzdava z traumatu a popření je možná jen v kontextu bezpečných vztahů. Psychobiologie toto potvrzuje: výše uvážené neurohormonální poruchy mají tendenci se zlepšovat pod vlivem bezpečných vztahů. Ústřední otázkou v léčbě traumatizovaných závislých osob bývá: co má převažovat – léčba závislosti nebo posttraumatických symptomů? Jak už bylo řečeno, závislý způsob života je re-traumatizující a ostatně tento životní styl lze nahlížet jako uzákonění traumatu. Také jsme viděli, že brání drog má funkci tlumit posttraumatickou symptomatiku, je tedy mechanismem pro přežití. Vysazení drogy a ukončení závislého způsobu života zastavuje retraumatizaci. To je podstatnou součástí léčby traumatu. Bez užívání drog se začnou více projevovat posttraumatické příznaky, obzvláště flashbacky⁴ a pocity neúčinnosti, které je třeba terapeuticky zpracovat.

Je zřejmé, že těžce traumatizovaní závislí jsou nejobtížněji léčitelnou skupinou pacientů a že často přerušují léčbu. Částečně to může být proto, že léčba jejich posttraumatické symptomatiky, zvláště její dissociativní projevy, není správně rozpoznána a adekvátně léčená.

Jádrovým problémem v léčbě jak závislých, tak traumatizovaných lidí je opětné získání plné kontroly a odpovědnosti za svůj život. Získání kontroly je zcela zásadní, neboť trauma znamená, že oběť neměla vůbec žádnou moc a nemá ji ani v současnosti. Flashbacky a dissociativní jevy jsou projevem ztráty kontroly. Lidé ztrácejí odpovědnost, když jsou pronásledováni, neboť pronásledovatelé se chovají neodpovědně. Závislí se cítí a jednají, jako by neměli odpovědnost. Spíše přenášejí svoji odpovědnost na drogy (a na okolí). Léčba by toto měla obrátit: kontrolu a odpovědnost navrátit zpět traumatizovanému závislému. Takový musí být postoj od samého počátku, tedy od prvního kontaktu, i když v tu chvíli jde jen o zhodnocení stavu nebo o krizovou intervenci.

Pomoc závislému k získání kontroly začíná vysvětlením, že by si měl vytvořit určité hranice a vymezit se jak vůči užívání drog, tak vůči všemu, co jej může poškodit. Pro traumatizované jedince mohou být poškozující často již slůvka nebo malé činy. Problém bývá v tom, že oni sami si toto poškozování často neuvědomují. Od počátku je tedy učíme rozpoznávat to, co je normální a co ne, a musíme je naučit říkat „ne“, nebo „dost“. Mnoho terapeutů se také musí naučit toto „ne“ a „dost“ slyšet jako signál, že jdou příliš rychle příliš daleko. Pokaždé, když terapeut klientovo „ne“ odmítne nebo mu neporozumí, nastává retraumatizace. Nikdy bychom se neměli vyptávat příliš mnoho na trauma v zhodnocovací či úvodní fázi, dokud není vytvořena dostatečná stabilita a důvěra v terapeuta. Právě v této fázi mohou být důležitým vodítkem a indikátorem traumatu PTSD symptomy, protože komplexní PTSD se nikdy nevyskytuje bez chronického traumatu s počátkem v raném dětství.

Získávání kontroly znamená také nabytí schopnosti zastavit automutilaci, flashbacky, závažné poruchy spánku, a také schopnost zůstat v realitě tady a teď. Dissociativní mechanismy (depersonalizace a derealizace) umožňují traumatizovaným lidem unikat z kontaktu s realitou a žít v minulosti.

Jak jsme uvedli výše, problémy nastávají, když traumatizovaní závislí vysadí drogu, protože v této situaci oži-

⁴ Viz pozn.2.

vají PTSD symptomy. Někteří terapeuti proto tvrdí, že rychlá detoxifikace není vhodným přístupem. Postupují velmi pozvolna a detoxifikují postupně, nejčastěji ambulantně. Podle našeho názoru je nejlepší detoxifikovat co nejrychleji, ale v bezpečném prostředí za klinických podmínek. Detoxifikační jednotka má být zároveň místem zhodnocení případu, protože pouhá detoxifikace není příliš přínosná. Závislý by měl od počátku cítit a převzít odpovědnost, což znamená soustředit se na svůj život a na svojí závislost, a měl by si pokládat otázky jako „proč si toto sobě způsobuji, jaký to má smysl?“ To je zhodnocování a současně také práce na motivaci ke změně. Z tohoto důvodu je zhodnocování nezbytné – bez něj se nevytváří motivace a nezačíná terapie. Těžkou PTSD symptomatiku, která se objevuje po vysazení drogy, je nutné zpracovávat a neuchylovat se k lehkomyšlnému podávání psychofarmak, obzvláště benzodiazepinů, jakkoliv se mohou zdát účinná.

V konkrétním případě se pak dostáváme k otázce, jakou volbu léčby máme. Ve většině případů těžce traumatizovaní závislí, o kterých tu mluvíme, potřebují ústavní léčení v terapeutickém prostředí s dobrou strukturou, například hierarchickou terapeutickou komunitu. Téměř vždy by toto léčení mělo pokračovat ambulantní léčbou a mělo by se zaměřovat na poruchu osobnosti a trauma.

Retraumatizace v léčbě

V oddíle věnovaném psychobiologii jsme uvedli, že znovuprožívání traumatu je prováděno uvolněním endorfinů a po odeznění tohoto efektu návratem hyperaktivity, syndromem z odnětí drogy a dalšími PTSD symptomy. Rozzpominání se na trauma během léčby může mít shodný účinek, při němž dochází ke zhoršení klientova stavu precipitací úzkosti, paniky a zlosti. Jde tedy jistě o retraumatizaci. Ale k retraumatizaci vedou nejen nevhodné terapeutické zásahy, shodný účinek mohou vyvolat i jemnější podněty. Je-li například v terapeutické komunitě obvyklé, že se klienti objímají, pak by mělo být zajištěno, aby sexuálně zneužívaná dívka, která se naučila získávat určitou kontrolu nad muži tím, že jim nabídne své tělo, věděla (a byla poučena), jaký je smysl tohoto objímání, a že jsou i jiné způsoby, jak si zajistit kontrolu nad situací. Například, že řekne „ne“ namísto objetí. Personál musí také ohlídat případné napadání a zesměšňování takového „ne“ výroky: „na tom přece není nic špatného, ty toho ale naděláš“ apod. Je-li klient smutný a pláče, bývá dobré nabídnout drobný tělesný kontakt, tedy položit ruku kolem ramen nebo se lehce dotknout ruky. Vždy bychom se však měli zeptat klienta, jestli je to tak v pořádku, nebo

ne. Mějme na paměti, že traumatizovaní lidé jsou experti v přizpůsobení se tomu, co cítí, že druzí očekávají nebo chtějí. A říci „ne“ někomu, o kom si myslí, že má sílu, je pak téměř nemožné. Již proto je velmi důležité pro personál a terapeuty uvědomovat si i protipřenosové pocity, jak pozitivní, tak negativní. Pokud nejsou včas rozpoznány a zpracovány, vedou k retraumatizaci klienta.

Proč je prevence retraumatizace v léčbě důležitá? Odpověď je jednoduchá: jinak je totiž léčba nemožná. Mnoho z těch, kteří přerušili léčbu, bylo nepochybně obětí retraumatizujících zážitků. Existuje samozřejmě celá řada důvodů pro přerušení léčby, ale zjišťujeme, že vyvolání traumatických vzpomínek příliš brzy a v málo zabezpečených podmínkách (tj. v situaci, kdy oběť má málo stability a prostředků pro jejich zvládnutí), je jedním z nich. Dalším je například ignorování faktu, že oběť traumatu je vždy součástí systému, zejména rodinného systému, který hraje důležitou roli v jeho individuální traumatické historii.

Summary Trauma and Addiction

The chapter deals with the relationship between traumatising and the development of abuse of – and dependence on – addictive substances. Primary traumatising in childhood, later traumatising in adulthood and traumatising in the time of active addiction, mostly understood in form of re-traumatisation, are discussed. Further, we define the impact of trauma on the central nervous system and defence mechanisms within our psyche, such as suppression and dissociation. These mechanism of defence might

be strengthened by the influence of addictive substances, which interfere with traumatising neurobiology. Finally, possibilities of treatment are discussed, which, in the case of traumatised addicts, should consider the danger of re-traumatisation and should offer enough space and time for the treatment of both the dependence on addictive substances and the trauma itself. A client in such a therapy learns to find healthier ways of self-protection.

Key words: defence mechanisms – neurobiology – re-traumatization – trauma – traumatization primary / secondary

Literatura

■ H. P. J. Vos: Trauma and Addiction, Addiction to Trauma. Český překlad S. Kudrle. SANANIM Olomouc, 1997. Upraveno pro účely této publikace.

Klíčová slova: adolescence – dětství – psychologický vývoj – separace/individuace – vývojové faktory

V této kapitole se budeme zabývat souvislostmi mezi vznikem a rozvojem závislosti a vývojem jedince. Zaměříme se především na ty momenty a znaky psychického vývoje dítěte a dospívajícího, které lze považovat za rozhodující rizikové faktory nebo kritické body. Zjednodušeně lze vidět vývoj člověka jako cestu od naprosté závislosti na druhých (kojenec) k vyváženému poměru mezi samostatností a vzájemnému tvořivému využívání potenciálu dvou či více lidí (zralá schopnost vytvářet a udržovat vztahy s druhými). V adolescenci, kdy vrcholí drama dospívání a kdy dominuje téma separace (oddělování se) a individuace (utváření vlastní identity), je mladý člověk vystaven zatěžkávací zkoušce zralosti dosud vybudované osobnosti. Totéž můžeme říci i o rodině. Téma, které by šlo rozvést do celé knihy, musíme pro naše potřeby omezit pouze na některé aspekty: zaměříme se na určité propojení mezi závislým chováním a raným obdobím dítěte, narušený vývoj schopnosti vytvářet si vztahy s lidmi, význam užívání drog v rámci adolescentních snah o konfrontaci a vymezení identity a tendenci k idealizaci či devalvací druhých.

Vztah mezi závislostí a raným dětstvím

Narkotický účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které za běžného stavu vědomí bývají potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti – převážně z dětství.

Užívání drog stejně jako pití alkoholu bývá autory z psychoanalytického okruhu spojováno se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje. Tímto stádiem se v psychoanalytické literatuře myslí první rané období dítěte, ve kterém se dětské vnímání okolí a lidí soustřeďuje převážně do oblastí úst a zažívacího traktu. Odraz tohoto období v životě dospělého lze pak spatřovat v momentech, kdy člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, aniž by se on sám na tom nějak aktivně podílel. Dalšími znaky orální fixace jsou: nízká tolerance k napětí, bolesti a frustraci (viz např. Mentzos, 2000).

Jde jednak o to, že uživatel se stává závislý na zvnějšku přicházejících podnětech a na substancích, které ovlivňují to, jak cítí, vnímá a jak se chová. Regresivní

a extrémně silný základ vztahu vůči těm, které miluje, brání závislému vyjádřit případné agresivní, kritické nebo separační myšlenky, pocity či chování přímo. Intoxikace či životní styl závislých pak umožňují náhradní vyjádření těchto prvků vztahu. Uživatel se pak cítí dost silný, aby řekl rodičům, co si o nich myslí, alkoholik je naprosto upřímný a nebojí se v tu chvíli důsledků svého jednání, bezohlednost závislých vůči citům, přáním i majetku blízkých lze vidět jako výraz skrytých a nahromaděných agresivních tendencí, které nebylo možné vyjádřit jinou cestou.

Dalším znakem, ze kterého můžeme vycházet při úvahách o orální povaze závislých, je skutečnost, že jejich uspokojení je zcela závislé na vnějších podmínkách a oni samotní mají tendenci zůstávat ve zdánlivě pasivité. Slovo zdánlivé je na místě, neboť i kojeneček není pouze pasivním příjemcem mateřského mléka a pozornosti matky. Jeho křik, mimika, pohyby poutají pozornost ostatních a vedou tak k jeho uspokojení. Se závislými je to podobné – jejich blízcí (a někdy i terapeuti) jsou nepřímou vedeni k tomu, aby dotyčnému poskytovali péči, která se zdá být někdy neúměrná jejich věku, schopnostem i ocenění.

Narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými

Jedním vývojovým aspektem problematiky závislosti je otázka, nakolik se „závislý“ charakter života problémového uživatele drog projevuje v jeho vztazích a sociálních funkcích. Uvažujeme pak, jestli je závislý dost „zralý“ nebo „dospěle odpovědný“ – protikladem pak je dojem, že je „nezralý“ nebo „dětsky nezodpovědný“. Při klinickém pozorování a úvahách někdy slyšíme, že dotyčný nahradil svou závislost na droze závislostí na konkrétní osobě nebo dokonce instituci. K tomu musím připomenout důležitý rozdíl – závislost na substanci, na návykové látce není zaměnitelná se závislostí na osobě, jak jí známe ze vztahu dítěte k matce nebo partnera vůči partnerce, případně ze vztahu pacienta či klienta vůči terapeutovi. Závislost na osobě znamená využívání určitých funkcí druhého – ne plnohodnotný vztah k druhému. Mikota mluví o *pseudozávislosti* na osobách nebo o funkčních vztazích (Mikota, 1995). Klient v takovém případě využívá například jen jeden z rysů terapeutického vztahu: terapeut spolehlivě za-

reaguje na jakýkoliv prohrěšek a poskytne jistý a srozumitelný trest (sankci), což klientovi poskytne pocit odčinění, který mu uleví. Od jiného člověka může závislý potřebovat jen jeho nekonečnou důvěru a ochotu mu pomoci. To, co je v systematické psychoterapii zapotřebí léčit, je jeho neschopnost vnímat a přijmout druhého, tudíž i terapeuta, jako komplexní osobnost a vytvořit plnohodnotný vztah.

Neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte

„Neschopností“ nemyslíme, že by rodiče nechtěli vyhovět anebo neměli k dispozici to, co dítě právě potřebuje. Vývoj však probíhá ve vzájemné a složité interakci, ve které dítě tím, co dělá a později i tím, co říká, dává najevo určité potřeby a tendence, které vyžadují adekvátní odezvu ze strany rodičů. Pro zdravý vývoj je třeba v určité chvíli reagovat vstřícně, jindy odmítavě, kriticky, a použít i určitých sankcí. Vyvážení a načasování takové rodičovské reakce je někdy skutečně nejen dílem lásky, ale i talentu a komplexu sociálních dovedností a vyzrálosti (Hansen, 1991). V rodinách mladých uživatelů drog se můžeme setkat s pozoruhodnou nevyvážeností v reakcích: v určitých věcech jsou děti přetěžované odpovědností a nároky, a jinde mají roli malých dětí. Ve svých reakcích navíc někteří rodiče ustavičně kolísají v nevypočitatelných výkyvech. Nadměrné přetěžování dítěte v určité oblasti může vést k vývoji tzv. dospělého dítěte, které je v něčem předčasně zralé, anebo k opakovanému selhávání, které se postupně šíří na další a další oblasti jeho života. Na druhé straně – je-li dítě málo stimulované a nárokováno, jeho vývojový potenciál zamrzne, nemá dostatečné podněty pro růst a úspěch a neučí se ani vyrovnávat se s drobnými neúspěchy a překážkami.

Nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty

Znakem dokončeného emocionálního vývoje a zrání osobnosti je dále schopnost snášet nepříjemné stavy vyvolané na základě určitých vnitřních i vnějších faktorů. Pocit bolesti, zklamání, ponížení či nesnesitelné zlosti jsou příklady takových stavů.

Podle Wurmsera (1975) závislí užívají drogu proto, aby se vyhnuli duševnímu zranění v podmínkách, které nejsou traumatické. Na užívání návykových látek lze podle toho pohlížet jako na svépomocnou léčbu. Tato teze by neměla být zneužívána závislými pro obhajobu svého chování, ale může být smysluplným prvkem výkladu o souvislosti mezi určitým patologickým rysem osobnosti a nutkáním k opakovanému užívání návykové látky i přes jeho negativní důsledky (Mikota, 1995).

Závislí jsou stejně jako obdobně nezralí lidé (lidé s poruchou příjmu potravy, hraniční poruchy osobnosti a podobně) popisováni jako lidé „s tenkou kůží“, extrémně citliví vůči zranění, která pramení z vnitřních pocitů a konfliktů i vnějších zdrojů a okolí. Droga tak nahrazuje chybějící odolnost i sílu k vyjádření. Pokud daný model léčby závislosti nerespektuje u konkrétního klienta tento deficit a nereaguje náležitým terapeutickým nástrojem (systematická psychoterapie, farmakoterapie apod.), existuje vysoká pravděpodobnost, že abstinující klient využije jakéhokoli prostředku ke zmírnění utrpení, které zažívá v důsledku narušeného vývoje.

Užívání návykových látek jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí

Návykové látky jsou odjakživa předmětem zájmu a regulace společnosti. Překročení norem je dobrodružstvím a zážitkem odvážného a samostatného kroku, který je výzvou pro autority společnosti. Předpokládáme, že jde o součást vývojově nutného procesu, ve kterém dochází k postupnému vymezení mladého člověka od druhých a budování jeho pocitu identity. Adolescence je pak obdobím, kde se tyto tendence projevují. Proces separace a individuace v dospívání má svůj předobraz v raném vývoji dítěte a do jisté míry můžeme říci, že testuje, jak byl úspěšný.

Potřeba takového boje s pravidly, zákony a konvencemi je dostatečně zmiňována v každé práci o dospívání či užívání drog (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999). Méně však se zdůrazňuje, že pro další zdravý vývoj je nesmírně důležitá kvalita reakce těch „druhých“ (rodiče, škola, sousedé, zákon, média...). Pokud bychom se chtěli při hledání optimální reakce na takové potřeby rebelie a boje inspirovat, máme po ruce následující příklad z rodiny. Například vývojová nutnost konfrontace mezi synem a otcem je nesporná: zatímco tradiční společnost a model rodiny byl přehlednějším „bitevním polem“ pro tento mužský a generační zápas, je dnešní stav mnohem nejasnější. Zkušenosti s rodinným vývojem však ukazují na určité rysy, které by otcovská reakce měla mít: *zájem, emocionalita, předpokládatelnost a úměrnost*. Otec by tedy neměl být lhostejný a měl by zlobení syna věnovat pozornost, měl by být schopen projevit jak lásku tak i zlost, jeho reakce by neměly být nevypočitatelné, ale stabilní a pevné a jeho chování a rozhodnutí by měla být úměrná výzvám (agresi) syna. Obdobné podmínky by pak měla splňovat i reakce či postoj rodiny i společnosti.

Nelze však přehlížet ani vnější znaky chování a celkový životní styl a sociální život závislých¹. Je dokonce možné mluvit o samostatné kultuře, která je definována hodnotami, estetickými znaky (v současnosti například hudbou typu techno, house apod., literaturou fantasy, oblečením), filosoficky, politicky či nábožensky (např. anarchismus, satanismus), rituály (při aplikaci) či jazykem (slang). Sounáležitost s takto vymezenou skupinou a kulturou má významný vliv na vývoj a hledání vlastní *identity* – a to zvláště u lidí, kteří mohou na základě předchozích zkušeností mít zvýšenou potřebu či obtíže při utváření individuálního a hodnotného vědomí sebe sama. Zajímavé je opět to, že daná kultura či specifické znaky společenství závislých nepředstavuje ucelený a plnohodnotný systém. Většina prvků je vytržena z kontextu a využívána čistě funkčně. Příkladem může být nespolehlivost vzájemné důvěry mezi uživateli na drogové scéně (informátoři, podvody s drogou), narušená a pragmatická podoba většiny partnerských vztahů mezi závislými, zúžení vnímání hudby pouze na ty prvky, které jsou v souladu s potřebami unikat do fantazie, rozpouštět se v extázi a podobně.

K vývoji dítěte tedy patří období, kdy usiluje o dosažení nezávislosti na okolí, na rodičích i celém kulturním a sociálním systému. Potřebu oddělit se (*separace*) a udržet si vládu nad sebou a svým prožíváním lze vidět i v tom, jak se aktivně ovlivňujeme látkami či aktivitami, které tyto schopnosti mají. Návykové látky disponují několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít. Změna vědomí, kterou navozují, je sama o sobě krokem, kterým se člověk odděluje od běžného stavu prožívání a myšlení a vytváří si *sám* v ten moment vlastní (obvykle příjemný a zajímavý) stav, který je *méně závislý* na realitě. O aplikaci drogy si navíc rozhoduje sám a tím si potvrzuje zážitek, že jeho život je v jeho rukou.

Idealizace a devalvace (černobílé vidění) ve vztahu k druhým

Při sledování problémů ve vývoji, které souvisí s problematickou závislostí, je nutné zmínit se potřebě klientů využívat vztahu se (zdánlivě) omnipotentní osobou. Idealizace (zkreslené vnímání druhého a tendence přisuzovat mu větší míru potřebných a ceněných vlastností a popírat problematické) je ve vývoji dítěte přirozeným fenoménem. Děti si idealizují rodiče, pedagogy, významné (hrdinské) postavy v jejich životě. Idealizace je také znakem dramatického zamilování v dospělosti.

Pro stručnost a zjednodušení lze říct toho: schopnost adekvátně vnímat druhé lidi (i sebe sama) bývá u závislých značně narušena. V léčbě se pak projevuje jejich kolísání mezi naprostou idealizací terapeutů (či terapeutických systémů, pracovišť, týmů atd.) i jejich totální devalvaci. Pokud dokážeme vidět tyto jedince jako v této vývojové kompetenci narušené, můžeme jim nabídnout adekvátně vyvážený terapeutický přístup, který bude respektovat (ale i rozvíjet) jejich deficit a potřebu. Výzva pro léčbu v tomto ohledu může být následující: v určitém období léčby je idealizace terapeuta a instituce zřejmě vhodná a snad i nezbytná. Pokud však takový postoj klientů nadměrně sytí adekvátní potřebu terapeutů (být ceněn jako vševědoucí a všemocný), může se stát, že budou své klienty v takovém postoji udržovat příliš dlouho a ponechají je v iluzorním a infantilním stavu, kde se lidé dělí na dobré a zlé.

Specifická role závislosti v období dospívání

Vraťme se ještě k vývojovému období adolescence, ve kterém se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Adolescent by měl pro úspěšné začlenění do společnosti druhých lidí splnit či zahájit zvládnání řady tzv. vývojových úkolů². Jde o osobnostní a vztahové kvality, jejichž budování předpokládá dostatečné zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje – je svým způsobem revizí předchozích úkolů. Řešení těchto úkolů je úzce spojeno s příčinami užívání drog i rozvojem závislosti.

Na prvním místě je třeba zmínit identitu – úkol adolescence, který do popředí postavil Erikson (1958). V pozadí budování identity stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Chaotická či difúzní identita typická pro slabé já bývá u závislých osobností obvyklá. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot.

Dále by měl adolescent dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tom nabízí řadu úniků či náhradních řešení. Snižování psychických zábran může pomoci při sexuálním chování, stimulační funkce pervitinu navíc snižuje chuť k jídlu – vede k úbytku váhy, což ocení především

¹ Viz též Frouzová, kapitola 2/6, Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti.

² Viz též Kalina, kapitola 7/2, Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. O naplňování vývojových úkolů v souvislosti s procesem socializace viz Dvořák, kapitola 6/8, Sociální rehabilitace.

ti, kteří mají problémy s redukcí vyšší hmotnosti. Na druhé straně vede užívání drog k dočasnému řešení a autoagresivní vztah k vlastnímu tělu je pravým protikladem vývojového úkolu v tomto období.

Dospívající by v tomto věku měl také experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Nezbytné jsou také okamžiky ztrát vztahu, rozhodů a zklamání, které vystavují mladého člověka dalším zkouškám. I zde představují drogy „pomocný“ prostředek – ať již pomáhají překonat rozpaky, nesmělost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze), anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty). Svěbytné subkultury uživatelů drog navíc přinášejí pocit sounáležitosti zasvěcených (my a ti druzí), který je pro dospívající velmi svůdný. Po delší drogové kariéře však samotní uživatelé popisují fatální devastaci většiny svých vztahů, které začnou být podřízeny potřebě zcela dominantní – potřebě získat drogu či peníze. V samotné psychoterapii v rámci léčby pak mnohdy musí pacienti své vztahy budovat znovu a na jiných principech se všemi obtížemi, kterým se předtím pomocí drog vyhýbali.

I další významné cíle dospívání, jako jsou: najít své místo ve společnosti, práci a postupně nalézat vyváženější vztah k rodičům (od závislosti přes nezávislost k vyrovnání a spolupráci), mohou být úzce provázány s funkcemi užívání drog. Pocit neúspěšnosti stejně jako nadměrně dlouho trvající role žáka či studenta vystavuje sebeúctu dospívajícího a mladého dospělého frustracím. Nadměrný negativismus, zřeknutí se odpovědnosti za vlastní rozvoj a vlastní tvořivou roli ve společnosti vedou k hledání alternativního chování či alternativní kultury a „alternativních“ prožitků a „vědomí“.

Ve vztahu k rodičům pak můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích (převážně v závislosti materiální a sociální, ale i emoční) nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové uvíznutí. Sadomasochistický charakter vzájemných vztahů, plných pocitů viny, studu, hněvu a pomsty, pak udržuje bludný kruh závislosti tak, jak je znám u tzv. spoluzávislých (kodependentních) rodinných systémů³.

Summary Developmental Factors of Addiction

The chapter concerns addictive behaviour in relation to the individual development. It is focused particularly on the moments and features of psychological development in childhood and adolescence, which may include critical or risk factors. With a certain simplification, the individual development can be seen as a way from a total dependence to a balance of autonomy and mature capacity to establish and maintain relationships to the others. In early childhood, an insufficient ability of the parents to meet the child's ne-

eds can correspond to an insufficient ability of the child to form relationships to the others and to cope with unpleasant affects. Both can be relevant for the later development of drug abuse or another psychic disorder. In the period of adolescence, drug taking may occur as a mean of substitution in the process of separation/individuation, together with a tendency to idealise or devalue the others (black-white perception).

Key words: adolescence – childhood – developmental factors – psychological development – separation/individuation

³ O kodependenci viz též Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

Literatura

- Erikson E. H.: Identity and The Life Cycle. Psychological Issues. New York, International University Press, 1958
- Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999
- Hansen F.: Alcohol and drug abuse in family perspective – developmental consequences for children. Borgestadtkliniken Ed., Porsgrunn, 1991
- Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
- Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha, 1995
- Wurmser L.: Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J.Am. Psychoanalytic. Assoc., 22, pp. 820 – 843, 1974

PhDr. Martin Hajný, Ph.D.

Narozen v roce 1963 v Praze. Vystudoval na UK speciální pedagogiku, později doktorát v klinické psychologii. Po výcviku ve skupinové terapii v rámci komunity SUR a výcviku v systemické rodinné terapii psychosomatických poruch pokračoval tréninkem v individuální psychoanalytické psychoterapii. Působil v centru RIAPS a jako vedoucí oddělení pro mladé závislé MOST (SMK – Klíčov, Praha 9). Nyní pracuje jako psychoterapeut v soukromé praxi, výcvikový terapeut, supervizor a předkladatel.

Kontakt: Blanická 25, 120 00 Praha 2,

E-mail: martin@hajny.net

Klíčová slova: kodependence – konstelace rodiny – mezigenerační hranice – rodinné faktory – role – vzájemná závislost

Existuje nějaký určitý faktor nebo dokonce typická struktura rodiny závislého? Při průběžné práci se závislými si po určité době tuto otázku začne klást každý. Postupně si snad každý také projde fází, kdy považuje některý rys rodinného fungování, rodinnou roli nebo mechanismus za hlavního „původce“ závislosti. Obvykle však také většina odborníků dojde k závěrům, které jsou v souladu se současným pojetím rodinné etiologie – rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat a spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí¹.

Při výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje (Kaufman a Kaufman, 1979). Objevuje se i podíl pití alkoholu u otců závislých na heroinu. Stanton (1991) zjistil problémy s pitím rodičů u více než 80 % heroinistů. Mnoho závislých má ve své anamnéze nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče – obvykle otce. V rodinných historiích vidíme poměrně často nahromadění traumatizujících prvků: sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, chronické partnerské konflikty.

Pozorování a výzkumné závěry lze zobecnit do řady mechanismů či faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické. Nejvýznamnější z nich zde uvádíme.

Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte

Chování dítěte se utváří do značné míry v souladu s očekáváním či reakcemi (zpětnou vazbou) rodičů. Rovněž jistota – a sebejistota – dítěte roste s mírou pevné, nekolisající a dostatečné pozornosti rodičů, která je věkově adekvátní. Většina prací, které se zabývaly výzkumem rodinných vztahů závislých, vychází spíše z historických, anamnestických dat než z průběžného sledování většího počtu rodin v delším časovém období vývoje ještě nepoznamenaného závislosti. Zpětné usuzování může proto být zavádějící.

Terapeutická a poradenská práce s rodinami však poskytuje poměrně reálný obraz o rodičovských postojích, schopnostech i nedostacích. Jako udržující faktory, které brání změně směrem ke zdravějšímu rodinnému prostředí, můžeme považovat právě nedostatečnou pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrnou pozornost a citlivost k chybě a selhání. Chyby a selhání však nevyvolávají jistou a očekávatelnou reakci – být kritickou či trestající. Výchovné nebo korigující postupy se místo toho dějí nedůsledně, neprůhledně a mnohdy prostřednictvím výčitek, skrytě nvnucovaných pocitů viny anebo vynucovaných nerealistických předsevzetí.

Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem

Z vlastní praxe i výzkumných prací (např. Stanton, 1991, Kooyman, 1993) známe opakující se strukturu rodinných vztahů závislých: nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý či nepřítomný otec. Vztahy mezi synem a otcem bývají značně negativní, konfliktní či prázdné. Při posuzování a začleňování rodiny do takových či podobných schémat je vždy velmi důležité pozorovat možná zkresení ze strany pozorovatele či terapeuta (situace, kdy se rodina obrací na instituci s žádostí o pomoc s problémy dítěte může být velmi specifická a rozložení vlivu a rolí může být za jiných okolností zcela jiné!). V každém případě však zmíněná konfigurace, je-li skutečně ve hře, jen prospívá jako udržující faktor. Závislý, který se při svém chování setkává jen s nedůslednou a přitom milující matkou, nezískává dostatečný kontakt s realitou. V případě dlouhodobé nepřítomnosti stěnických, konkrétních reakcí a disciplíny (kterou otcové často předstávají) může pak skutečně jít i o jeden z faktorů, které přispěly i ke vzniku závislosti.

Závislé ženy a dívky mívají častěji zkušenost se vztahem k úzkostné či z jiných důvodů značně kontrolující matce – zmiňován bývá i citelně chladný a racionální přístup matky k dceři. Obvykle jde o značně složitý vzorec – matka k sobě například od malička dceru poutá a využívá jako důvěrnici či spojence (což může malé holčičce velmi imponovat). Hrozící oddálení vyvolané

¹ Viz též Hajný, kapitola 2/8, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

dospíváním dcery může pak vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě. Rovněž závislé matky či alkoholičky představují specifické riziko – pro dcery se pak stávají výrazným identifikačním vzorem, například zdrojem rezignace na uspokojení z ženské role nebo návodem k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek.

Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi

Mezigenerační vztahy v rodinách závislých jsou předmětem pozornosti především autorů vycházejících z koncepce rodinné terapie. Stojí nicméně za pozornost, neboť představují významnou oblast, ve které probíhají kritické okamžiky vývoje k samostatnosti. Tradiční společnosti ve svých normách a kulturách věnují důslednému vymezení generací (a také mužských a ženských rolí) velkou pozornost. V současnosti není výjimkou, že si v ordinaci nejsme jisti, zda přichází otec s dcerou či partnerkou, starší sestra jedná v roli matky, tchyně vychází s manželem své dcery lépe než ona, děti radí rodičům v rozvodové situaci apod. Zdá se, že v rodinách závislých existuje větší podíl narušení transgeneračních hranic než jinde, jde však o závěr výzkumem těžko prokazatelný.

Spíše než naprosté záměny rolí se zdá být pravidlem, že v rodinách není jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je či starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v dramatické nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Můžeme jen spekulovat o tom, že se to významně podobá tomu, jak se v praktickém životě projevuje nezralost a nejistota závislých. Extrémním narušením mezigeneračních hranic je sexuální zneužívání či incest. Následky tohoto traumatu velmi často vedou k problémům se sebeúctou a v partnerských vztazích, sebevražedným myšlenkám, poruchám tělového schématu a poruchám příjmu potravy. Cuskey (1979) uvádí, že až 90 % závislých žen v jeho výzkumu zažilo sexuální zneužití v rodině.

Skruté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině

Zlost, vztek, agresivní reakce či prostá důsledná asertivita – v rodinách existují velice různé způsoby, jak s těmito přirozenými emocemi a afekty zacházet. Při zkoumání relapsů pacientů po absolvované léčbě hrají momenty související s agresivitou významnou roli, a to jak v situacích, kdy je dotyčný nucen snášet a vydržet hněvivou reakci někoho blízkého, tak v situacích, kdy má zvládat a vyjadřovat vlastní agresivní reakci. Rovněž v terapeutické práci s rodinami nalézáme důležitou polaritu: některé zlostné projevy jsou nadměrně

potlačovány a jiné se objevují v nadměrně a neadekvátní míře. Můžeme se setkat s jakousi podobou rodinných her nebo skrytých úmluv, na jejichž základě se k sobě všichni chovají zdánlivě hezky a klidně, a své oprávněné výhrady či zlost úmyslně či nevědomě skrývají. Lidé si v takové situaci někdy představují, že spontánní výměna názorů a hádka povede ke katastrofě a vyslovení tragických pravd. Opačným příkladem je rodina, ve které se komunikace na jakémkoliv téma stočí do bludné spirály, ve které se mísí dokazování typu „jak to bylo“ s předpoklady „já vím co si myslíš“ a generalizacemi „ve všem lžeš“. Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení v domácím prostředí vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Pro uživatele drog jsou pak nepochybným udržujícím faktorem.

Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu

Jde o zdánlivý paradox – může se projevovat například tak, že přílišná přetíženost rodičů v práci či partnerském konfliktu je vyvážena tím, že dítě se obrátí k úzkému kruhu party a většinu svých nálad začne řešit nejdříve kouřením marihuany a později třeba heroinem. Dokud se neztrácejí doma věci a ve škole se udržuje únosný prospěch, je vše navenek v pořádku – v rodině panuje dočasný setrvalý stav. Může se pak stát, že první rušivou změnou je pokus dítěte abstinovat, který vede k jeho větší podrážděnosti. Často se také setkáváme s významnou souvislostí – užívání se objevuje v době, kdy přichází první známky odpoutávání dítěte od rodiny. Užívání drog umožňuje zdánlivou samostatnost, ale vnitřně posiluje závislost dítěte na rodičích. Předpokládáme, že v některých rodinách může být závislé chování skutečně skryté a mnohdy nevědomě udržováno ostatními blízkými – obvykle rodiči. Motivem takového zdánlivě paradoxního přístupu bývá úzkost ze skutečné separace dítěte a osamocení rodiče či rodičovského páru (syndrom prázdného hnízda) nebo obava z odhalení do té doby neřešených problémů či prázdnoty v rodině.

Jeden či více závislých členů rodiny

Klinické zkušenosti i závěry empirických studií (Steinglass, 1981) se shodují v tom, že jedním z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte a další zhoršující jevy v rodině je závislost (v našich podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny (obvykle rodiče). Ukazuje se, že míra rizika narušení dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas. Zdánlivě paradoxní může být situace slušně fungující rodiny s otcem alkoholikem, jehož pití je přirozenou a mini-

málně destruktivní součástí systému rodiny – není výjimkou, že jeho abstinence může vyvolat řadu problematických procesů, jejichž součástí může být i rozvoj závislého chování dítěte. V tom se vyjevuje princip homeostázy, který znamená, že všechny prvky v systému rodiny mají svůj smysl, navzájem se vyvažují ve prospěch momentálního stavu a významná změna jednoho prvku může vyvolat řetězovou reakci v celém systému. Místo dobromyslného otce se tak může v rodině objevit nová postava vzteklého a věčně nespokojeného pedanta, což nepochybně ovlivní celkový rodinný život. A stejným způsobem můžeme hledat význam závislého chování dítěte pro homeostázu rodinných vztahů. Tomu se však budu věnovat podrobněji v další části.

Předpokládáme, že rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá mimo jiné v tom, že se může stát modelem (je zřejmé, že se mu takto „daří“ zlepšovat si náladu a dodávat odvalu nebo zklidnit se). Nečekané reakce měnícího se rodiče (v souladu s jeho momentální stavem střízlivosti či intoxikace) mohou dítě značně a dlouhodobě znejistit. Plačtivé nálady, nenaplněná předsevzetí a odevzdanost závislého rodiče narušují proces žádoucí idealizace², identifikace dítěte s rodičem, zklamávají jeho očekávání a přispívají k rezignovanému životnímu postoji. Typické popírání závislosti ze strany rodiče vede k hlubokému narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Problematické jsou i důsledky chování druhého rodiče, který je vůči evidentním problémům svého partnera raději slepý anebo řešení donekonečna odkládá.

Kodependence

Určitou souvislost s koncepcí homeostázy nebo systémového přístupu k chápání rodiny lze vidět v modelu kodependence³. Podle něj jde o určitý vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů rodiny se závislým členem. Mezi jeho znaky uvádí Cermak (1986) například: přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi generacemi a rolami v rodině, tendence kontrolovat druhé i na úkor vlastní sebeúcty atd. Podle tohoto modelu se tedy předpokládá, že členové takové rodiny se chovají tak, že drogovou závislost *umožňují*. Jejich chování užívání drog usnadňuje, pro-

vokuje k němu anebo se vyhýbají strategiím, které by jej korigovalo například stanovením určitých hranic.

Co by však bylo motivem takového „umožňování“? Odpověď nám poskytuje spíše klinický materiál a terapeutické hypotézy: často zmiňovaný (a rodinami popíraný) motiv směřuje k zakrytí a odvedení pozornosti od vážného a neřešeného partnerského konfliktu. Uživatel drogy je pak středem pozornosti, péče, kontroly a hněvu všech zúčastněných.

V literatuře se již dlouho objevují více či méně opodstatněné závěry, které předpokládají zvláštní význam chování a vztahování se matky. Předpokládá se, že matka závislého je od dětství nadměrně chránila a zahrnovala projevy lásky a přitom stála mezi ním a otcem, který byl necitlivý či rozporuplný (Simmel, 1948). Jak trvalý nedostatek, tak i trvalý přebytek láskyplné pozornosti rodičů v dětství závislého člověka představují předpoklady, které nás při chápání etiologie mohou vést do slepé uličky. Ani maximální přijetí ani tvrdý racionální přístup nejsou proto namísto ani jako převažující postoje v terapii.

V souvislosti kodependencí je důležité uvést významnou souvislost mezi obdobím, kdy většina uživatelů začíná s drogami experimentovat a užívat, a stádiem rodiny, které bývá nezřídka také dobou, kdy rodiče vnímají první signály nadcházejícího období nazývaného jako období „prázdného hnízda“. Tato přirozená vývojová krize rodiny a především partnerského vztahu může nabývat patologických kvalit, které se pak podílejí i na vztazích s dětmi. Obvykle pak můžeme pozorovat snahu některých rodičů nepřímou udržovat své děti nekompetentní, svázané pocity viny. Rodičovský pár (nebo rozvedený rodič) může tak na hrozící separaci dítěte reagovat tak, aby byl zachován status quo. To platí především tam, kde dítě hraje významnou roli nositele problémů, která například rodičům umožňují nezabývat se chronickým partnerským nesouladem, nebo tam, kde dítě zprostředkovává komunikaci mezi rodiči, a případně i tam, kde se dítě stalo „náhradním partnerem“ jednoho z rodičů⁴.

Užívání drog dítětem pak nabývá řady funkcí, které s podobnými vztahovými a komunikačními procesy

² Idealizace je přirozená součást procesu identifikace s rodičem (ale i součástí jiných, například partnerských vztahů). Vnímání problematických či frustrujících vlastností druhého je dítětem potlačeno, zatímco dobré bývají nadhodnoceny. V určitém životním období je to nutné, protože psychika dítěte by nemohla unést celou složitost osobnosti dospělého. Takový vztah pomáhá překonávat zátěže vnějšího světa a budovat vlastní osobnost prostřednictvím zvnitřnění určitých rysů, vlastností a chování. Další vývojová období pak idealizaci rodiče vystaví tvrdým zkouškám, na jejichž základě se buduje zralejší a realističtější hodnocení a vzájemný vztah.

³ Viz též Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mládství.

⁴ Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

souvisejí: někteří uživatelé drog pak jako by využívali účinků drogy a drogového životního stylu k falešné separaci od rodiny a konečně říkají a jednají ve snaze se odpoutat. Jiným droga „pomáhá“ setrvat v těžké a nehybné atmosféře domova. Někteří rodiče se tak dostávají do role „věčných rodičů“, kteří žijí ve stálých obavách o zdraví, život a osud svého například již pětaticetiletého dítěte. V těchto rodinách lze zaznamenat v historii traumatické epizody separací, nedostatek vzájemné podpory mezi rodiči či prarodiči, narušování mezigeneračních hranic a vměšování prarodičů apod.

Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí

Zajímavá je klasifikace Cancriniho (1985), který dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Rozlišuje závislost na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

Závislost traumatického typu je obvykle náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt a pocity úzkosti, zlosti či paniky, které s ní souvisí. Rodinnými faktory v tomto případě jsou: zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině apod.⁵

Druhým typem závislosti je *neurotická závislost*: vyvíjí se v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, špatně či slabě vymezenými hranicemi mezi generacemi, zdůrazňováním rozdílů mezi „dobrým“ a „špatným“ dítětem a partnerskými obtížemi. Tento typ se vyskytuje nejčastěji.

Třetí kategorie – *přechodová závislost* – odpovídá těm osobnostním rysům závislých, které jsou popisovány jako hraniční. Patří k nim nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do fantazijního či zcela psychotického prožívání a myšlení, jiné vážné aspekty psychiatrické komorbidity apod. V rodinách se může vyskytovat také psychiatrická zátěž nebo těžké trauma, které nebylo dostatečně otevřeně a emočně zvládnuto. Jak závislí, tak někdy i jejich rodiče mohou tíhnout k podivným životním zájmům či aktivitám (sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání a podobně).

Sociopatická závislost je charakteristická tím, že závislý obvykle prošel rodinou, kde figurovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita či zneužívání, nebo vyrůstal v instituci. Závislý vykazuje vysokou míru asociálního jednání a nemívá jasné chvíle, kdy by připouštěl vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog není primárním zdrojem jeho dalších obtíží – spíše

tvoří další část nebo jen doplněk jeho celkového problémového chování.

Závěrem je třeba zdůraznit, že pro léčebnou a poradenskou praxi je užitečné věnovat více pozornosti udržujícím faktorům, které vedou k rozvoji a pokračování závislého chování, než příčinným souvislostem. Kromě zmíněných faktorů můžeme ještě zmínit v bodech další:

- Shovívavý postoj rodiny k užívání či jinému závislému chování
- Nedůsledný, opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj
- Tabuizovaná témata či problémy, které se dlouhodobě neřeší – což může být nevěra, těžká nemoc, duševní nemoc, hluboký partnerský rozkol a podobně
- Závislé chování členů rodiny dalšího druhu (gambling, alkoholismus, porucha příjmu potravy)
- Přetrvávající tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě a řešit za něj problémy či praktické věci

Podrobnější rozbor rodinných faktorů a rodinného prostředí ve vztahu k drogám lze najít v dalších publikacích (Rieger, 1997, Hajný, 2001, Rotgers, 1999)⁶.

Summary

Family Factors in the Development of Addiction

Many experts put a question, whether there exists a family factor or a structure typical for the family with an addict member, and they try to point out particular features of family functioning, a particular family role or mechanism as a "cause" of addiction. However most of research-based views do not confirm it. More than a "typical family of an addict" we can generalise some repeated features which may be relevant for the development and maintaining addictive patterns. The chapter presents them as follows: a) insufficient attention

of parents to the child or their problematic response to the child behaviour, b) disturbance of the parent-child relationship, c) chaotic or poorly defined inter-generational boundaries, d) hidden, poor or excessive expressed anger in the family, etc. Addiction may play in the family a role of a stabilising element. The chapter also deals with the situation of "more addicts in one family" and codependence, and it defines some characteristics of family behaviour that are practically important in family counselling.

Key words: co-dependence – family constellation – family factors – inter-generational boundaries – roles

Literatura

■ Cancrini L., Constantini D., Mazzoni S., Cingolani S., Compagnoni F.: Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. In: Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities, pp. 59 – 68. Walden House, San Francisco, Cal., 1985

■ Cermak T.: Treating multiple substance abuse clients. *Recent Developments in Alcoholism*, 1986, 4:85 – 103

■ Cuskey W. R., Richardson A., Berger L. H.: Specialized therapeutic community program for female addicts. In: NIDA, Serv. Research Rep., DHEW No. (ADM) 79 – 880. US Government Printing Office, Washington D.C., 1979

■ Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada, Praha 2001

■ Kaufman E., Kaufman P.: Multiple family therapy with drug abusers. In: Kaufman E., Kaufman P. (eds.): Family therapy of drug and alcohol abuse. Gardner Press, N.Y., 1979, pp. 81 – 94

■ Kooyman M.: Therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success. Swets a Zeitlinger B.V., Amsterdam, 1993

■ Rieger Z.: Ostrov rodiny. Konfrontace, Hradec Králové, 1997

■ Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publ., Praha 1999

■ Simmel G.: Alcoholism and addiction. *Psychoanal. Q.*, 1948, 17:6 – 19

■ Stanton S.: Some overlooked aspects of the mailly and drug abuse. In: Ellis B. E.(ed.): Drug abuse from the family perspective: coping in a family. US Government Printing Office, Washington, D.C., 1991

■ Steinglass J.: Alcoholic family at home. Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38:578 – 584

Klíčová slova: AA – bio-psycho-socio-spirituální model – léčba – prevence primární, sekundární, terciální – sociální práce

Úvod

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se apriori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti *homo sapiens*, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností a faktorů, které neumíme ani ovlivňovat, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých.

V prvotních fázích naší existence je tedy naše vědomí vlastního já (Self) formováno prožitky splynutí, spjatosti, jednoty se Vším, co je. Míru závislosti podtrhuje na biologické úrovni fakt, že přestože jsme jedincem již v lůně mateřském, je řada životně důležitých funkcí přímo obstarávaná matkou. I po narození je nezbytné vytváření zástupného lůna citlivou péčí, bez které by sotva porozený život skončil.

Na úrovni psychologické, sociální a spirituální se Já dítěte vyvíjí v intimní symbióze s matkou, tedy za absence jiného kontextu, jiného světa. Já a matka Jedno jsme, jsme Vše, co je. Na spirituální úrovni patrně není diferencovaný ani prožitek Já a matka, ale daleko spíše Já se identifikuje se Vším, co je. Chybí prožitek separace, v ideálním případě se plod vyvíjí za absence rušivých elementů, které by informovaly o dualitě a protikladech vnějšího světa.

Záhy však, v okamžiku porodu, začínáme svoji neodbytnou cestu za samostatností, nebo snad zdánlivou samostatností. Zejména pak v období puberty je tento apel zvláště silný: *hledáme cestu od závislosti k nezávislosti*. Napětí, které v dimenzi závislost vs. nezávislost prožíváme, je zároveň součástí vývoje nás všech, celé společnosti. Je hnací silou, je jedním ze základních životních dilemat. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy probojovávaná nezávislost končí jinou závislostí, např. na návykových látkách.

Kořeny závislosti

Jestliže hledáme hlubší kořeny vzniku závislosti a zkoumáme, co život vlastně je, zjišťujeme, že žijeme život ve světě protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávisť apod. Vztah těchto dualit je antagonistic, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec.

V onom hledání obvykle nacházíme hlubší motivace a potřeby:

- 1) potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní, na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení,
- 2) potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti,
- 3) potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.

Tyto tři vektory jsou hluboce založeny. Jsou zčásti nevědomé, zčásti s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svojí biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které umocňují tyto prožitky.

- 1) Opioidy: látky tlumící bolest
- 2) Stimulancia: látky přinášející slast a euforii
- 3) Psychedelika: (složenina slov psyché=duše a de-lein=zjevovat): látky zjevující cosi z nehlubších úrovní lidské psychiky

Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba) a terciální prevence (prevence škod, sociální služba) bychom vždy měli reflektovat úvodní premisu. To znamená respektovat „přirozené“ zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách a programy volit jako jakési možné „výhybky“ v patologickém vývoji.

Úroveň primární prevence

Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituálního celku.

Biologický předpoklad

Sem patří například starost o výživu, o fyzické zdraví, včasná léčba nemocí, prevence úrazů, účinná rehabilitace fyzických handicapů. V mnoha případech vidíme, že návykové látky jsou zprvu užívány jako analgetika pro chronickou a špatně léčenou bolest, že zranění mladého sportovce bez adekvátní celostní rehabilitace a náhlá ztráta „cile“ bývá spouštěčem únikového brání. Nerozpoznané poruchy příjmu potravy, například obezita, jsou redukovány pomocí amfetaminů.

Psychologický předpoklad

Nejčastější faktory stojící u počátku abusu návykových látek jsou prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, absence vlastního programu, narušené hranice, nízké sebehodnocení. Uživatelům drog často chybí zaujetí pro pěstování diferencovaných potřeb a zájmů. Jedinec není veden k samostatnosti, a tak si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodiče nemožou – ve změněných stavech vědomí. Primární prevencí je pak učení se intimitě ve vztazích, otevřené komunikaci a sdílení hodnot s druhými. Učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastních „programových struktur“ a zvládnání volného času.

Sociální předpoklad

Časté rizikové faktory abusu jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, inferiorní sociální status, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou. K primární prevenci proti patří starost o sociální integritu, péče o minority, o sociálně potřebné. Starost o to, jak my dospělí předáváme dětem obraz dospělosti. Rozvoj prosociálního chování, komunitního citění, dobrovolnosti a dobročinnosti, soucítění s druhými.

Spirituální předpoklad

Rizikovým faktorem abusu drog v této oblasti bývá absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které přinášejí. Iluzivní štěstí v dopřávaném si maximu požitků. Nerozvíjená introspekce a naslouchání vnitřnímu Já. Nerozvíjený pokory, smyslu pro zázrak, mýtické a mytologické poznání světa, absence posvátných rituálů typu iniciačních a přechodových rituálů.

Často rozpoznáváme na počátcích abusu absenci signifikantních autorit, které jsou nahrazeny autoritami disponujícími namísto síly hrubostí, namísto vnitřní krásy vnějšími dekoracemi, namísto mentální síly arogancí. Chybějící rituály jsou nahrazeny rituály gangů ulice, mazáckou, nebo internátní „vojnou“. Momentální uspokojování se stává základním motivem života. Požívačnost, intenzita a bezodkladnost těchto potřeb je forsírovaná klipovou rychlostí současného života „in“.

Programy primární prevence by měly zohlednit tyto premisy a svojí náplní a programem korigovat pocívané nedostatky. Případně by měly nabízet jinou alternativu, „výhybku“ těm, kteří již „jedou“.

V podobném duchu hledáme předpoklady i pro terapii, či resocializaci, neboť uzdrava není možná bez komplexní změny v člověku, pro kterou jsme předpoklady uvedli již v předchozích řádcích.

Úroveň sekundární prevence

Léčba je:

- zastavením
- odpoutáním od prostředí, které mi umožňovalo žít závislým způsobem života
- detoxifikací v širším smyslu slova (substance, vztahy, prostředí, návyky)
- pohledem zpět na uplynulé životní události
- konfrontací s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo
- konfrontací s tím, co já jsem poškodil, nebo koho jsem zranil
- rozpoznáváním, pochopením a přijetím odpovědnosti za svůj život
- vytvářením si náhledu na souvislosti abusu návykové látky a špatné životní strategie
- znovuobjevováním pocitů a emocí a učením se jejich adekvátnímu vyjadřování a vlastnění pocitů (namísto projekce)
- možnostmi uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště)
- hledáním smyslu života, životních hodnot
- hledáním vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já
- hledáním nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě
- upevňováním hodnot souvisejících s nabytou abstinencí

Principy, které jsou obvykle základem terapeutické práce, vycházejí z tzv. komunitního uspořádání a z převažujícího stylu práce formou skupinové psychoterapie:

- Nejsem sám, mohu sdílet spolu s ostatními svá zoufalství a své naděje.
- Jsem otevřený a sdílím své pocity z toho, co prožívám.
- Žiji v realitě, podle principu „tady a teď“.
- Mám právo se vyjadřovat k čemukoliv, co se děje v komunitě. „Když vidím to a to, prožívám, nebo cítím to a to...“
- Pečuji o sebe i o druhé, není mi lhostejné, když někdo porušuje pravidla, protože to pak snižuje pocit bezpečí pro všechny, včetně pro mě.
- Čím více jsem schopen aktivně se skupině otevřít (dát), tím více dostanu zpět (brát).
- Přijímám ochotně zpětnou vazbu od ostatních, byť by vyvolávala nepříjemné pocity a jsem za ni vděčný.
- Podporuji každého svoji pozorností a vstřícností.
- Respektuji důvěrnost sděleného na skupinách a s nikým mimo komunitu o těchto věcech nemluví.
- Otevřeným a pravdivým vyjadřováním posiluji své sebevědomí a pocit sebejistoty.
- Pracuji pilně a samostatně v každodenním rozjímání a v práci s deníkem.
- O nově objevené poznání se dělím na skupinách.

Léčba se ve standardním léčebném uspořádání vždy rovněž zaměřuje na předpoklady biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Biologické předpoklady

Sem patří léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí, které: 1) otevřely cestu k abusu, jak tomu bývá například u abusu analgetik a trankvilizérů u algických syndromů nejrůznější povahy nebo u abusu stimulantů při léčení bronchiálního astmatu, 2) dále udržují abusus, jako to vidíme při opakujících se relapsech pro somatické komplikace odvykacích stavů.

Psychologické předpoklady

Obvykle se zajímáme o celou biografii klienta, v anamnéze se stopujeme souvislosti mezi psychologickými problémy jedince a rozvojem abusu, identifikujeme období, kdy návykový abusus, závislost sama počala vytvářet psychologické problémy a celý systém se stal sebeudržujícím. Pracuje se na tzv. náhledu těchto souvislostí a na získání odpovědnosti za svoje chování. Léčebné prostředky, které jsou z oblasti psychoterapie k dispozici, souvisejí nejčastěji s typem odborného výcviku terapeutického personálu. Jednotlivé psychoterapeutické techniky tým implementuje do systému terapeutické komunity a skupinové psychoterapie. Ta může mít orientaci od kognitivně behaviorálního zaměření přes psychodynamické postupy až po transpersonálně orientovanou psychoterapii.

Sociální předpoklady

Jsou v léčbě reflektovány na úrovni sociální práce a výrazně ovlivňují prognózu výsledků léčby a dalšího uplatnění klienta. Patří sem pomoc při hledání zaměstnání, v kontaktu s úřady či zdravotními pojišťovnami apod.

Spirituální předpoklady

Jsou reflektovány v léčebných systémech, které jsou například založeny na filosofii Anonymních alkoholiků, anebo přejímají z těchto programů *Program 12. kroků a 12. tradic* jako jakousi páteř léčebné filosofie. Dále jsou to programy, které považují univerzální spiritualitu za primární dimenzi lidské existence. Zaměřují se na aspekty životního smyslu nebo údělu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje individuální Já. Jsou to programy, které vycházejí z jungiánských tradic nebo z transpersonální psychologie, případně programy na religiózní bázi reprezentované například hnutím Teen Challenge.

Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní uzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metody, techniky, které působí na všech čtyřech úrovních. Velkou důležitost vidíme v pochopení významu změněných stavů vědomí. Mohou být indukovány účinkem psychotropních látek v samém počátku vývoje závislosti. Dopad těchto zkušeností je v širokém rozsahu od pozitivních ovlivnění až po destruktivní a násilné. Podle našich zkušeností je terapeutické využití změněných stavů vědomí na nedrogové bázi také nejmocnějším nástrojem vedoucím k podpoře uzdravy na konci tohoto vývoje. Využití meditačních technik, holotropního dýchání, jógických cvičení, transovních rituálů a terapeutického využití některých psychedelických látek je velkou podporou uzdravného procesu.

Úroveň terciární prevence

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí: 1) resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, 2) intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog (Glosář, 2001, heslo TERCIÁRNÍ PREVENCE).

Terciární prevence využívá zejména přístupů z *úrovně sociální*. Ty mívají podobu konkrétní pomoci uživatelům drog na úrovni chráněného zaměstnání, zdravotního pojištění, chráněného bydlení, právního poradenství apod.

Dále tento přístup zlepšuje *biologické předpoklady* elementární péči o zdraví uživatelů drog. Jde zejména o předcházení vážným přenosným onemocněním díky výměnným programům jehel a stříkaček. Poskytováním informací o možných komplikacích typu abscesů, flebitid a trombóz žilního systému, včetně léčby těchto komplikací u postižených jedinců se významně zlepšuje zdravotní stav ohrožené populace.

Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny. Za významnou považujeme i psychologickou podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává, nebo není jedincem akceptovaná.

Zvláštní úlohu pak vidíme v pomoci nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. V tomto aspektu se propojuje psychologická pomoc s *dimenzí spirituální*, jejíž snahou je najít smíření s fyzickou smrtí.

Summary

Implication of the Bio-psycho-socio-spiritual Model of Addiction to Primary, Secondary and Tertiary Prevention

The chapter presents the impulses and implications coming from the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction (see Chapter 2/1) for primary, secondary and tertiary prevention. In the field of primary prevention, it emphasises mainly the aspects of physical and mental development, creative work against boredom and other kind of suffering. Support to personal growth, community feeling and the development of spiritually based rituals are mentioned. In the field of secondary prevention, basic principles of therapy are presented

with regard to the ideas of non-harming medical therapy, which would not cause or keep the addictive pattern and ideas of the psycho-social support. Spiritual aspects in therapy are confirmed by complementary impact of the so-called self help groups, such as AA, NA, Teen Challenge. The tertiary prevention brings the ideas of a comprehensive Harm Reduction strategy which consists of all model aspects and which also can have a special meaning in the late stadium of dying addicts (and AIDS patients) in guiding them to death.

Key words: AA – bio-psycho-socio-spiritual model – prevention primary, secondary, tertiary – social work – treatment

Literatura

- AA: Anonyme Alkoholiker Deutsche Sprache. AA World Services INC., New York, 1983
- Achtenberg J.: Imagery in Healing. New Science Library. Shambhala, London. 1985
- Beattie M.: Codependent No more. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1987 (česky: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999)
- Bradshaw J: Návrat domů. Gardenia Publishers, Bratislava, 1990
- Glosář – Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. FILIA NOVA, Praha, 2001
- Grofová Ch.: Žízeň po celistvosti. Chvojko nakladatelství, Praha, 1998
- Grof S.: LSD Psychotherapy. Hunter House, Alameda, CA. 1980
- Houston J.: The Possible Human. J. P. Tarcher, Los Angeles, 1982
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Rotgers F.: Léčba drogových závislostí. GRADA Publishing, Praha 1999
- Sparks T.: The Wide Open Door. A Harper/Hazelden Book. Harper & Row Publishers, San Francisco, 1993
- Walsh R.N.: The Spirit Of Shamanism. J.P.Tarcher, Los Angeles. 1990
- Weil A.: Chocolate to Morphine. Houghton Mifflin Co., Boston, 1983
- Weil A.: Cesty ke zdraví. Nakladatelství J.A.M. Praha, 1991