

**Clíčová slova:** AA – psychologické faktory – sociální prostředí – terapeutické přístupy – změna

1. Faktory vzniku a rozvoje závislosti souvisejí s účinkem drogy

S rozvojem psychologie a zvláště psychotherapie 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. Ze řidi, že výzkumy sledovaly a čas- tečně i potvrzovaly, že lidé drogy berou a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které buď po- máhaly řešit stávající stav (např. pocitý odizování, nemil- lovanosti, selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebevědomí či sebevědomí) či nabývaly něco, po čem jedinci toužili (např. odvaha, vzpoura, vzduch, únik, uvol- nění, legrace, poznání, sex, moc, odmítnutí přítom- něho, schopnost bojovat), někdy ovšem také z pouhé přiležitosti 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 zvládají vlastní vývoj*, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smyslu svého života.
3. *Zbavují nepřijemného 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 v prostředí těch, kteří drogu běžně používají, *usnadňují přizpůsobení*.
6. *Pomáhají při asociálním životním stylu*, kdy droga posiluje agresivitu a drogu posílená sebevědomost potlačí empatii a potlačuje sebezpytování a případnými nepřijemnými výtčkami svědomí.

1.1 *Dosažení větší kontrolly, moci nad sebou či nad druhými*

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

bylo jejich užívání dříve přísněji střeženo a vázáno na pouze určité časoprostorové (zejména rituální) pod- mínky. Dnes ale drogová závislost děsí svou nekontro- lovatelností, 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 nalezají pozitivní životní program či hodnotu. Zápas s pokusem a touha podlehnout mu je drama, kde droga může alespoň dočasně mohat usnadnit od- ložení vnitřního zápasu. Odklad však komplikuje úměrnost psychosociálního vývoje. Stále jasněji vysu- puje neschopnost žít nezávisle, neochota a strach z volby, které se vyjevují v podobě úzkosti a hmoživého podráždění. Lze říci, že svobodná vůle souvisí s vnitřní kontrolou a sebeovládáním. Zatím jsme dostatečně úrovni nedosáhli a někdy si dokonce pomáháme sa- motnými drogami. Problém ale stojí obráceně: aby- chom se mohli spolehnout na bezpečně zacházení s drogami, je třeba v civilizaci takové úrovni dosáh- nout. Zatím je nejučinnější technikou ztráty kontroly nad drogu její snížení dostupnosti hlavně pro ty, kteří se sebeovládáním mají potíže či zatím nemají relativně stabilní svět vnitřních hodnot. Jiný přístup nabízejí na- příklad teorie závislosti, vypracovaná hnutím Anonymních alkoholiků a Anonymních narcomanů (AA 1989): doporučuje přibuzným vzdat se kontroly nad závislým, neboť tato jejich pomoc umožňuje závislému vyhnout se poznání, že díky drogám přestal být scho- pen řídit vlastní život.

### 1.2 *Urychlení a zvládnutí vlastního vývoje*

Drogy v 60. letech vyvolávaly u lidí pocit, že jim otev- řaly mysl a stimulují mozek. V tomto období se celá řada předních výzkumníků zabývala průzkumem účinku psychedelik na člověka<sup>3</sup> a měla přitom na mysli zcela určité cíle, kterých zatím nebylo možno u běžně fungujícího mozku dosáhnout. T. Leary se svými spolu- pracovníky se v určitých fázích vývoje výzkumu těchto drog zabýval myšlenkou na ozdravné programy pro ce- lou společnost a měl představu, že psychedelika budou nositelem této kvalitativní změny práce na sobě. Jedinec mohl na jedné straně zažít pocit „pročlnutí u- vědomění si určitého řádu, který dříve nemahilžel. Na druhé straně ho chaos, do kterého byl prožitkově

drogu uvržen, vyzýval k dalšímu úsilí přijmout takou- vou informaci jako přirozenou vesmírnou základnu, z které teprve mysl utváří proud omezeného, ale jas- něho vědomí (viz Leary, 1997). Při výzkumném úsilí za- chytit procesy vyvolané drogu bylo však postupně stále více jasné, že hlavními determinantami celého procesu jsou ritualizované podmínky užití drogy a sub- jektivní očekávání účinků. Přesto 60. léta a vliv psy- chedelik na výzkum podstatně urychlily to, co nazý- váme vývoj vědomí.

### 1.3 *Zbavení se nepřijemného stavu*

Drogy odjakživa působily dohodrní v podobě odstraňo- vání pocitů bolesti a v tomto smyslu jsou lékem. Myšlenka, že by droga mohla být lékem „na duši“ je velmi stará<sup>2</sup>. Rychlé řešení psychosociálních krizí che- mickou cestou se však ukázalo pouze jako řešení čas- tečné, které je potřeba doplnit psychotherapeutickým procesem. Z klinické praxe je např. známo, že celá řada závislých začala drogu řešit svůj problém, např. s trau- matickým zážitkem. U teenagerů se setkáváme s ambi- valentním pocitem odchodu z domova a jednou z mož- ností, jak situaci udržovat a podporovat, je brání drog- u svou proklamaci svobody a útokem na autoritu na jedné straně a zřejmým nesamostatným a sebe i jiné ohrožujícím chováním na straně druhé. Konec konců je přirozeno lidskou potřebou ukojit hlad po podnětech v psychosociálním světě, když nespějeme, hledáme náhradní strategie. Jednou z nich může být únik k dro- gám. Tato, řečeno s Kunderou, „nesnesitelná lehkost být“ pak je svépamocnou léčbou, ústí ale do osamo- čení, které navíc komplikuje možnost proces zastavit.

### 1.4 *Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků*

Případy, kdy jedinci používali drogu hlavně pro slast, kterou jim způsobuje, jsou nejloužší. Dojde-li k zá- vislosti, slast se brzy nezamlučitelně propojí se strastí, přesto se pro závislého jedince žadná alternativa svou intenzitou slasti droze nevyrovná. Nejeřefektivnější me- todou je znemožnit jedinci se nadlouho k droze na- dlouho dostat. Mezičas pak vyplňujeme psychotherape- utickým úsilím postaveným na jasné formulaci ohrožení života, vytvoření motivace pro přežití a zis- kání dovedností (či umění) žít.

### 1.5 *Usnadnění přizpůsobení*

Droga je často vyjadřením náležitosti 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 vy- spravení ega potvrzováním si správnosti společenství a jeho životního stylu<sup>3</sup>. Chceme-li příslušníka takové skupiny léčit, je třeba uvážít následky takové inter- vence s následnou abstinencí; abstinence pak připo- míná v mnoha směrech emigraci do jiných společenství s jiným jazykem, vnímáním a kulturou a začínající ab- stinencí trpí svěřeným kulturním šokem, opuštěností a „home sick“ syndromem<sup>4</sup>.

Dospívání, během něhož jedinec vrstá do společnosti, dnes probíhá přes jakési psychosociální moratorium, tj. dobu hledání, nezávazného experimentování a pohy- bování se v méně formálních skupinách, které se rychle sdružují, ale i mění. Tyto subkultury často používají drogy pro své explorační a sdružovací rituály, a dospí- vající, 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 budouc- nosti, snadno přijme drogu jakožto určitou proklamaci přínalžení ke společnosti či jenom aktuální naladění se na ni. Navíc hranice dospělosti se neustále posu- nuje, takže čas nejasné identity provázené úzkostí a potřebou doplnit či zklidnit se prodlužuje a bohu- žel roste někdy rychleji než schopnost mladých lidí na sobě disciplinované pracovat.

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

### 1.6 *Současť asociálního životního stylu*

Braní drogu pro jejich sníženou dostupnost či dokonce zákaz jejich braní samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti a jeho dissociálna je potvrzována po- třebou sehnat na drogu enormní množství financí. Mnoha závislým se proto velmi ulevilo, když je medi- cinský model označil na bezmocné jedince, kteří se musí ze své závislosti léčit, tedy musí s nimi být za-

<sup>2</sup> Viz Kudrle, Epitola 1/8, Historie...

<sup>3</sup> Tam, kde je o dovoji teritoria, prosazování dominantního postavení v rámci dobře organizovaných skupin či sexuální agresivitu, mají ztenou stimuluji drogy jako amfetaminy, kokain či drogy podporněji rostí sexuální tmy. Jedná-li se napak o úpenných pravidel teritoria společenství, udržuje se používáním relaxačních trpí, hasičem či heroinem.

<sup>4</sup> Stek a touha po domově, popisovaná u emigrantů.

<sup>1</sup> Jednálo se zejména o LSD – viz Kudrle, Epitola 1/8, Historie...; Mlovský, Epitola 3/4, Hluchonohrní drogy

k užívání. Teorie obsahuje také resocializaci ve smyslu realizovatelém vyrovnání se s lidmi, kterým jejich závislost také ublížila.

### 2.2 Psychodynamický přístup

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

Pro ilustraci uvádíme několik významných psychoanalytických autorů a jejich přístupů (cit. in Mikota, 1995; Leclerc a Morgenstem, 1999). V r. 1984 Blatt popsal tři psychologické motivace brání opiátů: 1) vytvoření symbolického stavu uspokojujícího potřeby, 2) obrana vůči špatnému sebehodnocení, 3) obrana vůči potencionálnímu psychotické dezintegraci. Propojil tak teorii pudů a objektivních vztahů. – Leon Wurmser zdůraznil při vysvětlení brání drog kruté super ego, které člověka nle nejen vzpomínkami na bolestivé dětství i reálnými současnými symptomy z takového stavu vydráždějí: nepřátelským vůči autoritě či příliš vysokými požadavky na sebe a příbuzným sebestabílní či výškami. Drogou slouží k vyhnutí se bolesti, úzkosti a strachu. – Edward Khantzian vychází z teorie self-psychologie z hypotézy, že podstatou problému 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 defektů, které závislé drogamí nejčastěji přikývají: afekt, nedostatečnou sebestětu, špatné interpersonální vztahy a destruktivní zakotvení mezi dalšími závislými. – Henry Krystal se v rámci teorie zakotvení mezi dalšími závislými na dvě vážná narušení v našem vývoji. V symbolickém vztahu k matce, která velmi podobně jako droga hraje v určitém usku života jedince ústřední roli, se objevuje touha po sjednocení se svým ideálním objektem, zároveň však individuum prožívá hrůzu z možných zranění, která zůstávají při droze nastávají. Druhá teorie se věnuje alchýmiím, kdy osoba pomocí drogy si zaléčuje odpor se od svých bolestivých emocí. Podobně Moyce McDougal zdůraznil v teorii psychosomatických poruch funkci snížení bolesti, kde užívání je součástí „falešného self“.

Kaufmann (1994) upozorňoval na důležitost nezralých objektivních 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

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

### 2.3 Přístup rodinné terapie

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 nazývána jako naučené chování, podmiňené 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 (zvednání nevědomého i prosté dodání informací jakožto návodů, cesty k abstinenci) i emocionální a existenciální dimenzi psychoterapeutického vztahu.

### 3. Integrované přístupy a význam pro terapeutickou praxi

Integrované přístupy (obvykle spojil v teorii či praxi psychodynamický model s behaviorálním a/nebo systémičtým) 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 závažně 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 reálnou, že brání drog je obvykle spojeno s touhou v této činnosti pokračovat a že případně informace či výrazné symptomy, které by mohly dotýkatelně varovat a upozornit na potřebu změny, jsou obvykle ztíženy až neprostým „popřením“ (viz Mikota, 1995). 80. léta s obhajobou 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 terapeutů, kteří již nemuseli být smýkáni nudou nad nemotivostí procesu. Také systémický přístup poslouval motivaci ke spolupráci

práci, protože se – spíše než na obrany, které obcházel – soustředoval na zpřítomnění důsledků změny a tím zpřítomňoval v psychice klientů změnu jako takovou. Pojmenování faktorů, které změnu podporují (zvýraznění nepřijetí dosavadního stavu, podpora pacientova sebevědomí, rozfázování změny do postupných kroků, zvýšení představy dosažitelnosti a atraktivnosti cíle) a jejich funkční implementace do terapie dávají terapeutům metodu pro práci s těmi, kterým se zatím brání drog velmi libilo, avšak jejich mírně často ukázvalo 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 pragmatičtější 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 podmiňeným reflexem a které je potřeba narušit zvednáním, nyní reflexem se schopnost rozpoznávat impulzy a své vysoce rizikové situace a naučit se předcházet relapsu.

Mariatova teorie prevence relapsu<sup>7</sup> z 80. let a její další úpravy již vycházejí z integrovaného psychodynamicko-kognitivně-behaviorálního modelu (Marlatt a Barrer, 1994, Rotgers, 1999). Identifikuje nejprve skupiny jevů podporujících závislost, jako jsou vysoce rizikové situace, spouštěcí klíče, maladaptivní myšlenkové procesy a emocionální stavy, které vedou k tzv. zdánlivě nevýznamným rozhodnutím, k neuvědomovaným vzorcům chování, kterými se závislé přibližuje pravděpodobnosti relapsu. Ve střední fázi terapie pak zvednání faktorů podléhajících se na destruktivním procesu závislosti slouží k práci na jejich změně: vyhnutí se jim, způsob, jak odolávat touze a pocítit prázdnoty, jak zpracovávat maladaptivní myšlenky, také učení se zvládnout první fáze relapsu a budovat vztahovou síť, často téměř novou. Intrapsychické konfilky, které spolupráci zpomalují, se ošetřují postupným zvednáním obran a přenosu a empatičtým zrcadlením poruch v dialogu i ve vztahu. Důležitou roli hraje i obvykle nízká tolerance závislosti vůči negativním afektům a jeho neschopnost je verbálně vyjádřit.

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

6 Jilite viz: Hajný, kapitola 219. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti; Káina, kapitola 616. Rodinná terapie a práce s rodinou.

7 Viz též Kurta, kapitola 616. Relaps a prevence relapsu

5 Viz též Kurta, kapitola 217, 212, 210.



**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. Neznámé predisponovanou alkoholickou osobnost. U někomu 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, neobrovolelné a mají sebeopisující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.

Jelínek postuloval neznámý fyziologický faktor X, který buď jednou objeven a podá vysvětlení závislosti. Dnes se zdá, že faktorů může být více, protože téměř každý orgán v těle je nějak postížen 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 nejpresvědčivěji potvrdily etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory můžeme považovat některé probiometrické okolnosti za těhotenství matky dítěte – například zda matka byla sama alkoholikou 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 porodním období, přítomnost traumata, nemoci 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 prvního zkušebního nebo alkoholem. Mýlně bývá interpretována jako pozitivní faktor, protože dotyčný více snese, není mu zle v intoxikaci a nemívá vážnější problémy po jejím odeznění (tedy nemívá problematictější 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 druzí spíše s těmi, kteří konzumují také větší množství a po delší dobu, tedy s těmi, kteří vyšší toleranci vytvořili tréninkem – s pljálky. 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 důležitě neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje souvislosti mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransměrových souvislostí mezi změnami hladin neurotransmiterů a změnami afektivních a kognitivních funkcí<sup>1</sup>.

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

## 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 Magdaléna 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

<sup>1</sup> Podrobněji viz Fišerová, kapitola 2/2, Neurobiologie závislosti.

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

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

Nejvíce popularizovali tuto úroveň Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k údržavě (Anonymní Alkoholiker, 1983). Hovoří zde o vztahu k vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Pojem spirituální přítom 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 přítom práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostilosti. Dále učení se pokornému naslouchání a přítomnosti, které život reálně poskytuje. Tyto pojmy, takto psány, vypadají poněkud prázdné, nebo neurčité, stávají se však zcela hmatatelnými, pokud terapeutický program osivoje tyto nehluboké uložené potřeby v člověku. Vždyť všichni známe dilema v léčebných programech, které lze shrnout věrou: „Jsem střízlivý když 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 preventivní prevence, pamatovat na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Otevřenost terapeuta pro tyto otázky je předpokladem pro údržavu na existenciální úrovni. Objevují se tvrzení, že krize, kterou znamena závislost, je především duchovní krizí, „žilní po celistvosti“ (Grofová, 1993).

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

vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou.<sup>4</sup>

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 identifičaci vzory mimo rodinu, ve své přirozené závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti, a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání přezítí vůbec. Sila a moc rituálů neznamená, že je vědám nekultivujeme. Proszují se díky svému archetypálnímu posláním v životě dáti, ale spíše v devotované podobě. Namísto náročných, ale celým kmenem sdílených a podporovaných rituálů iniciálních a předchodových, jak je vidíme dodnes v tzv. primitivních kulturách, se v naší společnosti vytvářejí spíše ponížující a důstojnosti zbavující rituály mazácké vojny, kterým pak říkáme šikana, nebo rituály kolejem jehly a brání drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic, ale nemají nic společného s ritualizovaným užitím některých halucinogenů v rámci religiozního nebo léčebného šamanického obřadu.

Ještě specifitější 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 tabulovaným tématem rodiny. Namísto opilství se mluví o únavě a přepracování, kócovině se říká nemoc apod. Život se závislým znamená žít důstojnými vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a posíloji, podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo „odčlňuje“ v době střízlivosti. Být vystaven silám, které nemají naplnění, být vystaven nepřetvářelivosti přístátích hodin. Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na etnoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spojuje vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká *codependence* – závislost na druhém<sup>5</sup>. A nezávislá se v dalším svém vývoji kódependent dostává sámk k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti, jak dočasné mírnit své utrpení.

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

<sup>4</sup> Podrobněji viz Hájný, kapitola 2/6, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.  
<sup>5</sup> Viz Kadřeň, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kódependence.

Jičich s těmito perinatálními traumaty a dokontuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci (Grof, 2000). Například jestliže žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, až už z jakýchkoliv důvodů, přemáta začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přenesse se i tato informace na plod a vytváří jakýsi imprint, vřisk, dráhní, kód o efektu tlumivé působících látek při prožívání stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálního. Po aplikaci stejné působící látky v pozdějším období začne potomek sice nově, ale zároveň již dávno poznany 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 hranicím<sup>6</sup>, 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 sebeumělkace, 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 antidepresivní účinek na počátku užívání. Později se však sám stává přítěnou deprese, úzkostných stavů, které stimuluji další pití. Vidíme 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 stimulantů, 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 zařízenosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na podnikné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných

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 nabitku pro postsynaptická vazebná místa, což rezultuje v pocitech euforie, kompetence, vzrušení a bdělosti. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což posílze 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 dlh, který se později nblizaje projevív v depresivních rozlabách a komplexu odvykacích stavů.

Opiáty působí synergicky s tělu vlastními endogenními opiaty, tj. s endorfiny a enkefaliny. Zesilují účinek na opiatových vazebných místech, zároveň ale působí kompetitivně vůči tělu vlastním působkům, jejichž produkci posílze utlumují. To je druhý mechanismus, později zodpovědný za nutkavou potřebu – craving<sup>7</sup>.

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 schopna ukládat cukr a plynele jej využívat, což má za následek extrémně změny hodnot krevního cukru. Odlišná je i laterní 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 metabolismickém procesu. Mnoho však zůstává nevyjasněno.

**Psychologická úroveň**  
Zkoumání je vliv tzv. psycho-genetických 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 psychologických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působila nějaké biologické poškození.

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

<sup>2</sup> Podrobněji viz Filárová, kapitola 2/4 a Nešner, kapitola 2/5.  
<sup>3</sup> Podrobněji viz Hájný, kapitola 2/6, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

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 prolamování vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích, jako je tomu u závislých na heroínu.

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.

Program AA nezahrnuje žádnou kvalifikovanou odbornou pomoc, přesto zůstává dlouhá desetiletí jedním z nejefektivnějších 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 infiaci potřeb spirituálního naplnění. Vyvolává ji pravděpodobně celá řada jevů: nerefektování těchto potřeb ve způsobu žít orientovaném převážně na konzumní uspokojení s absencí duchovních hodnot. Dále patří 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

1. *Wassily, S. (1981). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

2. *Wassily, S. (1985). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

3. *Wassily, S. (1987). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

4. *Wassily, S. (1989). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

5. *Wassily, S. (1991). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

6. *Wassily, S. (1993). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

7. *Wassily, S. (1995). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

8. *Wassily, S. (1997). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

9. *Wassily, S. (1999). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

10. *Wassily, S. (2001). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

11. *Wassily, S. (2003). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

12. *Wassily, S. (2005). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

13. *Wassily, S. (2007). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

14. *Wassily, S. (2009). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

15. *Wassily, S. (2011). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

16. *Wassily, S. (2013). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

17. *Wassily, S. (2015). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

18. *Wassily, S. (2017). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

19. *Wassily, S. (2019). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

20. *Wassily, S. (2021). "The Evolution of Alcoholism: A Psychoanalytic Perspective." AA World Service, Inc. New York, NY.*

## Summary

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