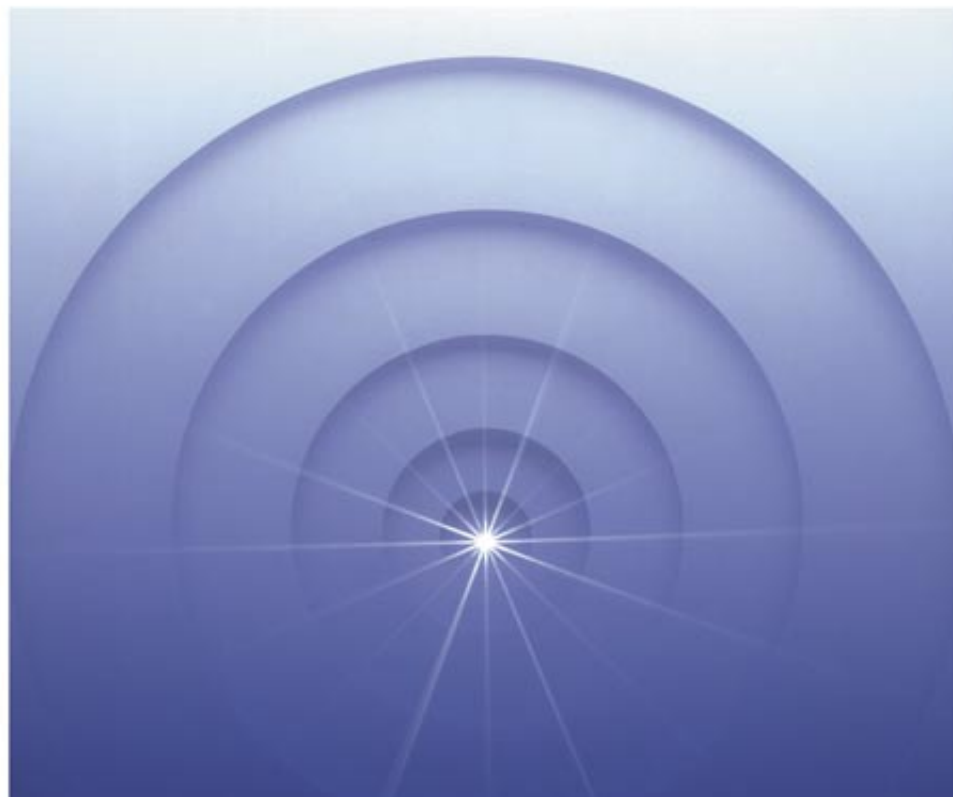


Kamil Kalina a kolektiv

Základy klinické adiktologie



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., a kolektiv

ZÁKLADY KLINICKÉ ADIKTOLOGIE

Autorský kolektiv:

MUDr. David Adameček
PhDr. Jiří Broža
MUDr. Jiří Dvořáček, PhD.
PhDr. Dana Dobiášová
PhDr. Magdalena Frouzová
PhDr. Martin Hajný, PhD.
Mgr. Barbara Janíková
MUDr. Petr Jeřábek, PhD.
Mgr. Aleš Kuda
MUDr. Stanislav Kudrle
MUDr. Jakub Minařík
Mgr. Lenka Miovská
doc. PhDr. Michal Miovský, PhD.
Mgr. Pavlína Gabrhelíková Müllerová
MUDr. Petr Popov
PhDr. Martina Richterová Těmínová
MUDr. Vratislav Řehák
MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3436. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jindrová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 392
Vydání 1., 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2008
Cover Photo © profimedia.cz

ISBN 978-80-247-1411-0 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7010-9 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

PŘEDMLUVA	11
 ČÁST I. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL V TEORII A PRAXI	
1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI JAKO VÝCHODISKO K PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ PREVENCI A KVALIFIKOVANÉ POMOCI	17
1.1 Kořeny závislosti	18
1.2 Primární prevence	18
1.3 Sekundární prevence	20
1.4 Terciární prevence	22
2. NEUROBIOLOGIE ZÁVISLOSTI	25
2.1 Systém odměny a jeho přirozená funkce	26
2.2 Další funkčně blízké mozkové systémy	27
2.3 Droga jako umělý zdroj odměny	28
2.4 Funkční změna systému odměny – „rozmazlený“ mozek	33
2.5 Craving	33
2.6 Odvykací stav	34
2.7 Důsledky neurobiologického modelu na pojetí závislosti a terapie	35
3. PSYCHOLOGICKÉ, VÝVOJOVÉ A RODINNÉ FAKTORY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ ZÁVISLOSTI	41
3.1 Rodinné faktory	41
3.2 Psychologické mechanismy, vývojové potřeby a závislost	46
3.3 Závěr	51
4. PSYCHOPATOLOGIE ZÁVISLOSTI	53
4.1 Fenomén závislosti	53
4.2 Syndrom závislosti	54
4.3 Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti a kodependence	56
4.4 Motivace látkově závislých	64
4.5 Psychopatologie komplikací	67
4.6 Psychopatologie duální diagnózy	70
5. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA	75
5.1 Vymezení pojmu psychiatrická komorbidita	75
5.2 Prevalence psychiatrické komorbidity	77
5.3 Diagnostika	80

5.4	Důsledky psychiatrické komorbidity pro léčbu	81
5.5	Zvládání psychiatrické komorbidity	82
5.6	Kazuistické ilustrace	83
6.	SOMATICKÉ KOMPLIKACE A KOMORBIDITA	88
6.1	Lokální komplikace spojené s aplikací drog	89
6.2	Postižení orgánů a systémů v souvislosti s užíváním drog	90
6.3	Krví přenosné infekční choroby u injekčních uživatelů drog	92

ČÁST II. METODY PŘEDLÉČEBNÉ INTERVENCE, LÉČBY A NÁSLEDNÉ PÉČE

7.	HARM REDUCTION: ČASNÉ INTERVENCE V NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH	99
7.1	Harm reduction	100
7.2	Kritika harm reduction	103
7.3	Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy	104
7.4	Závěr	108
8.	PORADENSTVÍ V TERÉNNÍ A KONTAKTNÍ PRÁCI	111
8.1	Obecné vymezení	111
8.2	Poradenství v programech pro uživatele návykových látek	112
8.3	Principy poradenství u uživatelů návykových látek	114
8.4	Poradenství v terénu	116
8.5	Poradenství v kontaktním či poradenském centru	116
8.6	Poradenství s uživatelem	117
8.7	Znalosti, dovednosti a osobnost poradce	118
9.	PORADENSTVÍ A PRÁCE S MOTIVACÍ	121
9.1	Vývoj pohledu na „motivaci ke změně“	121
9.2	Cíle motivačního rozhovoru	122
9.3	Teoretická východiska motivačního rozhovoru	123
9.4	Základy metody motivačního rozhovoru	125
9.5	Závěr	128
10.	ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE A ODVYKACÍCH STAVŮ	131
10.1	Alkohol	133
10.2	Opioidy	135
10.3	Kanabinoidy	137
10.4	Sedativa a hypnotika	138
10.5	Stimulancia (zejména pervitin a kokain)	140
10.6	Halucinogeny	141
10.7	Rozpouštědla	141

11. FARMAKOTERAPIE PORUCH VYVOLANÝCH ÚČINKEM NÁVYKOVÝCH LÁTEK A SUBSTITUČNÍ LÉČBA	145
11.1 Farmakoterapie poruch vyvolaných jednotlivými látkami	146
11.2 Substituční léčba u závislosti na opioidech	152
12. PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ	159
12.1 Obecně o psychoterapii a psychoterapiích	159
12.2 Transteoretické účinné faktory v psychoterapii u návykových poruch	160
12.3 Terapeutický vztah	164
12.4 Psychoterapie zaměřené na změnu chování	167
12.5 Psychoterapie zaměřené na změnu osobnosti a podporu jejího zrání	172
12.6 Skupinové terapie	175
12.7 Závěr: psychoterapie v kontextu léčby závislosti	179
Příloha: Původní metody skupinové psychoterapie se závislými: „synanonský“ encounter a bonding	180
13. RODINNÁ TERAPIE A PRÁCE S RODINOU	187
13.1 Východiska a vývoj rodinné terapie	187
13.2 Skupiny s blízkými závislých	191
13.3 Rodinná terapie	192
13.4 Pravidla pro práci s rodinou	195
13.5 Závěr	196
14. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA A JEJÍ APLIKACE	199
14.1 Definice terapeutické komunity	199
14.2 Historie a vývoj terapeutických komunit	199
14.3 Společné znaky terapeutických komunit	201
14.4 Terapeutické komunity v České republice	202
14.5 Charakteristika terapeutických komunit pro závislé	203
14.6 Cíle a prostředky terapeutické komunity	206
Příloha: Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislosti (Kooyman, 1993; úprava Kalina, 2000)	210
15. SOCIÁLNÍ REHABILITACE A NÁSLEDNÁ PÉČE	215
15.1 Sociální rehabilitace	216
15.2 Nezbytné složky programu následné péče	217
15.3 Tým programu následné péče	221
15.4 Praxe následné péče	221
15.5 Návaznost v systému péče	222
16. PREVENCE A ZVLÁDÁNÍ RELAPSU	225
16.1 Co je vlastně prevence relapsu	226
16.2 Recidiva nebo relaps?	226
16.3 Vysoce rizikové situace	229
16.4 Craving (bažení)	229
16.5 Dovednosti zvládání	230
16.6 Pocit vlastní účinnosti	231
16.7 Syndrom porušení abstinence	231

16.8	Dynamika relapsu – skrytí předchůdci	232
16.9	Prevence relapsu v praxi	233

ČÁST III. PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU

17.	ZÁVISLOST NA PROCESECH	237
17.1	Gambling	237
17.2	Závislost na komunikačních médiích	243
17.3	Závěr	249
	Příloha: Anketa „podivného chování“	249
18.	DĚTI A MLADISTVÍ	253
18.1	Charakteristika cílové skupiny	254
18.2	Děti	255
18.3	Dospívající	257
18.4	Závěr	262
19.	ŽENY A MUŽI JAKO SPECIFICKÉ CÍLOVÉ SKUPINY	265
19.1	Genderová specifika žen – uživatelék drog	265
19.2	Genderově vstřícné léčebné programy	266
19.3	Genderový problém v terapeutické komunitě pro drogově závislé	268
19.4	Genderová specifika mužů – uživatelů drog	270
19.5	Genderová citlivost a rovný přístup	271
19.6	Závislé matky s dětmi	272
20.	UŽIVATELE DROG V KONFLIKTU SE ZÁKONEM	275
20.1	Pachatelé drogové kriminality ve statistických datech	276
20.2	Pachatelé drogové kriminality – z jakých cílových skupin se rekrutují	277
20.3	Specifika práce s uživateli drog v konfliktu se zákonem	279
20.4	Specifické služby pro uživatele drog v konfliktu se zákonem	287
20.5	Závěr	288

ČÁST IV. PODPORA ÚČINNÝCH INTERVENCÍ

21.	FAKTORY VÝZNAMNÉ PRO LÉČBU, ZMĚNU A ÚZDRAVU	293
21.1	Faktory na straně klienta	293
21.2	Faktory v průběhu léčby	295
21.3	Faktory úzdravy: co znamená změna	298
21.4	Faktory životních etap, vývojové úkoly	300
21.5	Faktory na straně léčebného programu a zařízení	301
	Příloha: Co znamená účinná léčba	303
22.	EVALUACE ADIKTOLOGICKÝCH PROGRAMŮ A SLUŽEB	307
22.1	Základní předpoklady pro provádění evaluace	307
22.2	Teoretická východiska a aplikační možnosti evaluace	309

23. VÝZKUM V ADIKTOLOGII	317
23.1 Kvantitativní drogová epidemiologie	318
23.2 Kvalitativní drogová epidemiologie	331

PŘÍLOHY

PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK A JEJICH ÚČINKŮ	339
1. Alkohol	341
2. Opioidy a opiáty	344
3. Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem	349
4. Konopné drogy	351
5. Halucinogeny	354
6. Psychomotorická stimulancia	356
7. Těkavé látky	360
8. MDMA a taneční drogy	362
9. Tabák	364
SYSTÉM PÉČE A JEHO SLOŽKY	369
1. Terénní programy	370
2. Nízkoprahová kontaktní centra	372
3. Detoxifikační jednotky	375
4. Substituční léčba	376
5. Ambulantní léčba	378
6. Denní stacionáře	379
7. Střednědobá ústavní léčba	381
8. Terapeutické komunity	382
9. Doléčovací programy	382
10. Ostatní zařízení a služby	384
SEZNAM ZKRATEK	387

PŘEDMLUVA

Pojem „adiktologie“¹ se v naší odborné veřejnosti šíří od počátku tohoto desetiletí a je stále více přijímán. Značnou zásluhu na tom má zejména odborný časopis *Adiktologie*, který vychází od roku 2001, a bakalářský studijní obor *Adiktologie*, zahájený na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v roce 2005.

Adiktologii chápeme jako multidisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají. Obor vznikl v důsledku postupně narůstajícího propojování nových poznatků o příčinách a rozvoji závislého chování z oborů medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce. Jeho jádrem je bio-psycho-sociální model závislosti a léčby podle Světové zdravotnické organizace (WHO), současně však obor reflektuje i poznatky z dalších vědních oborů, jako jsou např. ekonomika, právo, kriminologie, pedagogika, politologie, religionistika či kulturní a sociální antropologie. Ke studiu specifických forem lidského chování s potenciálem vytvoření závislosti tedy adiktologie přistupuje v širším výkladovém rámci studia kulturních, historických, sociálních, ekonomických, environmentálních a strukturálních podmínek a faktorů, jež ovlivňují chování člověka.²

V jádru tohoto pojetí adiktologie je tudíž to, co Jaroslav Skála v minulosti nazýval „ATologie“ (alkoholismus a toxikomanie). Multidisciplinární přístup, který volíme, pak odpovídá jednomu ze zřetelných soudobých trendů vývoje vědních oborů a odborné práce: vedle stále větší diverzifikace a hyper-specializace, která je patrná od samého počátku vědy v naší civilizaci, se stále více dostává ke slovu mezioborová integrace, zaměřená z různých stran na určitý problémový okruh, ohnisko či téma. Příkladem v nám blízké oblasti může být např. obor veřejného zdraví (public health) nebo duševního zdraví (mental health).³ Byl to ostatně právě Jaroslav Skála, zakladatel české adiktologie, který mezioborový přístup zastával a prosazoval v dobách, kdy to bylo neobvyklé a kdy dominoval přístup biomedicínský v konfrontaci s přístupy sociálně-výchovnými a morálními.⁴ Jedním z paradigmat patriarchy oboru, v nichž

¹ Z latinského „addictus“ a řeckého „logos“. Pojem je tvořen obdobně jako např. antropologie, gerontologie nebo neonatologie. Posledně jmenovaný název oboru pak ukazuje, že se připouští i kombinace latinského a řeckého základu, což je v případě adiktologie nezbytné: řecké „exartemenón“ či „exartemené“ je slovo mimo Řecko zcela neznámé a spojení „exartemologie“ by asi všechny překvapilo, zatímco latinský výraz je přes anglické „addict“ široce srozumitelný a občas se setkáváme i s anglickými termíny „addictology“, „addictologic/al“.

² Viz Výroční zpráva za rok 2006, Centrum Adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK v Praze. Toto pojetí odpovídá okruhu témat, jímž se zabývá současná Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SNN ČLS JEP), která je nejvíce „mezioborová“ ze všech odborných společností ČLS JEP. Za zmínku stojí, že na podporu práce a rozvoje SNN byl v roce 2007 založen Český adiktologický institut.

³ Viz např. Mioviský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7 (2), s. 138–153.

se – leckdy k vlastnímu překvapení – stále pohybujeme, je i to, že rozvoj oboru má odpovídat na soudobé poznatky i potřeby praxe a jít vždy o krok dál za tuto aktuální reflexi.

Co je tedy „klinická adiktologie“? Tento pojem zužuje ohnisko na témata relevantní pro přímou práci s pacientem či klientem.⁵ Jde tedy o „léčbu“ v širším slova smyslu, kam např. v pojetí EMCDDA⁶ patří nejen medicínské služby, ale všechny specializované služby, medicínské i nemedicínské, které jsou poskytovány současným nebo bývalým uživatelům drog v souvislosti s jejich užíváním psychotropních látek, tj. různé typy ambulantní léčby a služeb, nemocniční péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách, nízkoprahové služby zaměřené na snižování rizik plynoucích ze zneužívání drog, léčba a služby ve vězení atd.⁷ Tento okruh jsme v této publikaci rozšířili o práci s rodinou a blízkými identifikovaného klienta či pacienta, což je nedílná a efektivní součást řady uvedených programů a služeb (v ČR opět Skálovou zásluhou).

Prozatímním vrcholem mezioborového pojetí adiktologie je dvousvazková publikace „Drogy a drogové závislosti“ z roku 2003.⁸ Rozsáhlá publikace (cca 830 stran, 90 kapitol, 40 autorů), známá pod pracovním názvem Textbook, je pokládána za významný ediční i autorský čin, který ukázal, že česká odborná obec je dostatečně kompetentní a sebevědomá, aby mohla takové dílo vytvořit z vlastních zdrojů a netěžit pouze z překladů. Časem se však ukázalo potřebné pokročit dál a více do hloubky. Téměř po pěti letech jsme k tomu přistoupili se zúženým a poněkud obměněným autorským týmem a v zúženém rozsahu (19 autorů, 25 kapitol či obdobných celků) s ohniskem ve výše vysvětleném úseku **klinické adiktologie**. Z mnoha důvodů nebyla možná ani žádoucí pouhá replika kapitol v Textbooku: bylo nezbytné přinést určitou „přidanou hodnotu“, ať už ve formě tematické integrace, nebo ve formě obohacení o nové poznatky z praxe či z literatury. Věřím, že se to podařilo v přesvědčivé míře.

Publikace je rozdělená do několika částí. **První část** zobrazuje různé dimenze bio-psycho-sociálního modelu WHO a pokračuje v pokusu jej rozšířit na model bio-psycho-sociálně-spirituální, přičemž pojem „spirituální“ reflektuje v poslední době vzrůstající zájem zahraničních i našich autorů zabývajících se léčbou závislostí o problematiku smyslu života, o duchovní, hodnotový a existenciální rozměr, jehož deficit u alkoholismu kdysi jasnozřivě spatřil Carl Gustav Jung. **Druhá část** pojednává o metodách, které se v rámci bio-psycho-sociálního modelu používají a které jsme charakterizovali jako „léčba v širším slova smyslu“: jde o metody předléčebné intervence, léčby, sociální rehabilitace a následné péče. **Třetí část** se soustřeďuje na spe-

⁴ Viz Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy k uživatelům drog. In: Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 1/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

⁵ „Kliné“ je řecky „lůžko“; pojem „klinický“ však i v medicíně dávno přesáhl okruh nemocniční léčby.

⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, agentura Evropské unie se sídlem v Lisabonu.

⁷ Viz Záborský a Miovský: Výzkum v adiktologii, kapitola 23 v této publikaci.

⁸ Kalina, K., et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR. Publikace vznikla za podpory Rady Evropy – Skupiny Pompidou v rámci programu DDRSTP II (Drug Demand Reduction Staff Training Programme); český projekt DDRSTP II-CR vedl Josef Radimecký. V rámci projektu DDRSTP II-CR vznikla ještě předtím publikace lexikonového typu: Kalina, K., et al. (2001). *Mezioborový slovník pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova / Úřad vlády ČR. Těmito dvěma publikacemi jsme promluvili sami k sobě i do Evropy o své tradici a úrovni: kromě děl v anglickém, francouzském a německém jazyce nic podobného neexistuje.

cifickou klientelu a kromě jiného přivádí do okruhu pozornosti – v duchu výše uvedené pojetí oboru adiktologie – i závislostní chování, ve kterém nehraje roli látka vyvolávající závislost, ale proces (hráčství nebo podlehnutí komunikačním médiím). Jakkoli jejich začlenění může vyvolat spory, je zřejmé, že vnější substance nemusí být výhradní determinantou vzniku chování závislostního typu. Tzv. nelátkové závislosti (dosud řazené do kategorie nutkavých poruch) hrají stále větší roli v našem problémovém okruhu a lze si představit budoucnost, kdy užívání některých návykových látek již bude nahrazeno právě „procesy“. **Čtvrtá část** knihy přináší kapitoly z obecnějších oblastí, významných pro adiktologickou praxi a podporujících účinné intervence. **Přílohy** podávají podle jednotné osnovy přehled jednak o jednotlivých návykových látkách, jejich účinku a riziku, jednak o jednotlivých složkách systému odborné péče o uživatele a závislé.

V pozadí publikace je nepřilíš snadná editorská práce, nezbytná k tomu, aby publikace tohoto typu byla více než sborníkem. Adiktologie je nejen mezioborovou, ale v naší zemi i meziosobnostní a mezigenerační záležitostí. Stejně jako v předchozích případech je zřejmé, že kolektivní monografie je zrcadlem stavu naší odborné komunity. Kromě jiného ukazuje, že střední či zralejší generace, která část své odborné dráhy prožila (nebo ji alespoň začínala) v podmínkách mezinárodní izolace, nedostatku odborné literatury a minimálních publikačních možností, může i dnes představovat mimořádný zdroj praktických zkušeností a tvořivých myšlenek. Na druhé straně lze zaznamenat dynamický nástup mladé generace, která plně využívá soudobých možností a jejíž příslušníci se v relativně nízkém věku stávají kompetentními profesionály i ve smyslu kultury psaní odborných textů. Mezigenerační soutěž přináší nové podněty; zároveň je jasné i bez rozpletení odborných anamnéz, vlivů a následovnictví, že zde v tom nejlepším smyslu slova existuje i mezigenerační či transgenerační kontinuita.

Při tak velkém rozsahu díla a počtu autorů je pochopitelně problémem vnitřní jednotata, soudržnost a nepřekrývání obsahu jednotlivých kapitol. Některá témata se vícekrát opakují, obvykle však z různých pohledů a v rámci autorské logiky příslušné kapitoly či přílohy. Nahrává tomu i průniková koncepce kapitol a přehledových příloh. V průřezu různých autorských prezentací se také leckdy setkáváme s jakýmsi „panelem“ názorů k určitým tématům a problémům, jako je např. motivace k léčbě, vztah psychoterapie a farmakoterapie, užití medikamentózní léčby v určitých situacích, akcent na behaviorální (či kognitivně behaviorální) a/nebo psychodynamické komponenty v nefarmakologických intervencích apod. I když tyto průniky a vnitřní diskuse často nespĺňují požadavek „učebnicové jednoznačnosti“, nebylo mým záměrem tento zajímavý rozměr publikace eliminovat.

Zároveň se objevuje řada tematických mezer. Přes veškerou snahu jsme stále mnoho dlužni tématu legálních a tolerovaných drog: těkavým látkám, tabáku a zejména alkoholu, i když jeho akční rádius ve smyslu zdravotních a sociálních škod má přibližně desetinásobný rozsah než nelegální drogy. Nejsou zcela sjednocené farmakoterapeutické přístupy a jejich postavení vedle přístupů psychosociálních; v nich pak chybí zejména podrobnější zpracování repertoáru poradenských, časných a skupinových intervencí českými autory. Dalším dluhem je téma „**case management**“ jako rámce a zázemí odborných intervencí. Co se týče specifické klientely, vzrůstá důležitost etnických minorit a migrantů, ale k odbornému zpracování praktických zkušeností čas

zatím ještě nedozrál. Tato prázdná nebo nedostatečně zaplněná místa jsou výzvou k autorské a editorské práci v dalších letech.

Nakonec v celé koncepci publikace i v jednotlivých kapitolách se jistě najde řada nedostatků a na samém konci zůstává, jako vždy, pocit, že by se všechno ještě mělo přepracovat. Ale jednou je nutné dílo uzavřít a poděkovat všem, kteří se na něm v jakékoli roli podíleli, i těm, kteří je v pracovních i osobních vztazích při tom podporovali.

Sám za sebe chci poděkovat:

- nakladatelství Grada za to, že se publikace ujalo, a oborové šéfredaktořce paní Mgr. Gabriele Plickové za trpělivost s poněkud opožděným dodáním publikace (1 rok a 1 měsíc oproti počáteční dohodě);
- autorskému týmu za jeho odpovědný přístup vůči tématům i vůči mé editorské aktivitě – v řadě případů mi to přineslo korektivní emoční zkušenost v pozitivním smyslu ve srovnání se spoluprací v minulosti;
- sdružení SANANIM a Centru adiktologie za kolegiální podporu při této odborné práci;
- své rodině a nejbližším blízkým za osobní podporu a toleranci vůči člověku, který tráví večery, noci a víkendy u počítače s prazvláštní neziskovou motivací; též s vděčnou vzpomínkou na mou zemřelou ženu Janu, která tohle dobře znala celých 30 let.

Jménem autorského týmu věnuji tuto publikaci památce zakladatele české adiktologie, doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc., nositele státního vyznamenání Za zásluhy. Náš velký učitel, který odešel 25. listopadu 2007 ve věku 91 a půl roku, by z ní měl jistě radost.

Praha, listopad 2007

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

I.

**Bio-psycho-sociální model
v teorii a praxi**

1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI JAKO VÝCHODISKO K PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCI A KVALIFIKOVANÉ POMOCI

Stanislav Kudrle

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori 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 buď neumíme 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, spjitosti, 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 obstarávána matkou. I po narození je nezbytné vytváření závislého 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.

1.1 KOŘENY ZÁVISLOSTI

Chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislosti, je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávisť apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec.

V onom hledání obvykle nacházíme hlubší lidské motivace a potřeby:

- 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 nespokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;
- potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;
- 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 svoji biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které umocňují tyto prožitky:

- opioidy – látky tlumící bolest,
- stimulantia – látky přinášející slast a euforii,
- psychedelika (složenina slov psyché = duše a delein = zjevovat) – látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky.

Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba) a terciární 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.

1.2 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací (Kalina a kol., 2001, heslo „primární prevence“).

Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny.

Biologický předpoklad

Sem patří například přiměřený zájem o své tělo, pohyb, 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 „cíle“ bývají spouštěčem únikového braní. Nerozpoznané poruchy příjmu potravy, například obezita, jsou „lčeny“ pomocí amfetaminů.

Psychologický předpoklad

Nejčastější faktory stojící na počátku abúzu 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 v rodinném kruhu, a tak si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodiče nemohou – ve změněných stavech vědomí. Primární prevencí je pak učení se intimně ve vztazích, otevřená komunikaci a sdílení hodnot s druhými. Učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastních „programových struktur“ a zvládnání volného času.

Sociální předpoklad

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

Spirituální předpoklad

Rizikovým faktorem abúzu 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. Nerozvíjení pokory, smyslu pro zázrak, pro mytické a mytologické poznání světa. Absence posvátných rituálů typu iniciačních a přechodových rituálů.

Často rozpoznáváme na počátcích abúzu absenci signifikantních autorit, které jsou nahrazeny autoritami disponujícími namísto silou hrubostí, namísto vnitřní krásou vnějšími dekoracemi, namísto mentální silou arogancí. Chybějící rituály jsou nahrazeny rituály gangů ulice, mazáckou nebo internátní „vojnou“. Momentální uspokojování se stává základním motivem života. Poživačnost, 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 pocíťované nedostatky, případně by měly nabízet jinou alternativu, „výhybku“ těm, kteří již „jedou“.

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