Léčba jako veselá cesta

Jiří Dvořáček

Je závislý člověk bezmocný a ztrácí nad látkami, které užívá, i nad celým svým životem kontrolu? Potřebuje pokárání a tvrdá pravidla a je nutné na něho pohlížet jako na morálně selhávající bytost? Podle psychiatra JIŘÍHO DVOŘÁČKA rozhodně ne. V léčebně Červený Dvůr, kde působí, prosazuje jiný přístup založený na respektu, osobní svobodě a zodpovědnosti.

Závislost je syndrom s komplexními dopady na všechny úrovně života člověka. Některé znaky závislosti jsou obecné a společné většině závislých lidí, jiné můžou mít individuální tvar, stejně jako jsou individuálně odlišné klinické průběhy závislosti a jedinečné jsou i příčiny, které na samém počátku vedly k nadužívání psychoaktivních látek či nadměrnému využívání činností končících často nelátkovými závislostmi. Pestrost klinických obrazů a pestrost původních životních kontextů vedly k vytvoření mnoha psychologických teorií závislosti, které navzájem často nejsou příliš kompatibilní a některé jsou i vcelku zarážející.

Libostní porucha

Realitou je, že jádro poruchy je neurobiologické. Závislost je postupně narůstající porucha libostního systému mozku projevující se tím, že člověk nezdrženlivě a navzdory všem možným negativním důsledkům opakuje chování, které mu zprvu přináší příjemné pocity, ale brzy se člověk už jen různě úspěšně brání nepříjemným stavům. Libostním systémem mozku jsou pak myšleny zejména vývojově staré oblasti ve středním mozku spojené s dopaminem (reprezentující motivační složku libosti – motivační *drive* či funkci *wanting*) a oblasti vnitřních opioidů (rozmístěné v různých částech mozku a reprezentující hédonickou část libosti či funkci *liking*). Tyto libostní oblasti jsou úzce propojeny s dalšími mozkovými sítěmi, často bez specializovaných funkcí, a společně vytvářejí jedno funkční kontinuum řešící více rolí – libost je tak těžce oddělitelná od některých dalších funkcí: na jedné straně od vývojově starých mozkových nástrojů k naplňování fyziologických potřeb, na druhé straně například od asociačních a strategických oblastí mozku.

Hlavní funkcí libostního systému živočichů je dobře označkovat momenty důležité pro přežití jedince a živočišného druhu a zaměřit pozornost a chování k získání těchto momentů, protože přinášejí libost. Lidé si v průběhu života, zejména rané výchovy, nastavují parametry

libostního systému – jak dosáhnout libosti a jak vydržet bez ní – a do kontaktu například s drogou vstupují s libostními systémy různě nastavenými a v různé kondici. Droga pak může libostní systém „hacknout“. Všechny návykové látky jsou návykové hlavně proto, že působí na libostní systém, kterému nabízí silnou, rychlou a strategicky jednoduchou odměnu. Takovou efektivní odměnu začne libostní systém preferovat a po čase se v něm začne odehrávat více souběžných procesů, které nakonec vedou k „rozmazlení“ libostního systému a k nutkavému puzení po libosti bez ohledu na následky.

Možnosti reparace poškozeného libostního systému

Závislý člověk do léčby přichází s touto libostní poruchou, ve velkém stresu z životního debaklu a selhávání a s poškozením těla, mozku, duše, vztahů a životního smyslu. Různě individuálně namíchaná směs potíží je pak zadáním pro terapeutické programy. Hierarchie naléhavosti problémů je u každého člověka jiná a tomu je nutné přizpůsobit terapii. V určitý moment terapie by mělo přijít zaměření pozornosti na reparaci libostního systému. Samotné ovlivnění libostního systému změněného drogou lze dosahovat v principu třemi způsoby: farmakoterapií, behaviorálně („přecvičením“ způsobu získávání libosti) nebo obohaceným prostředím (environmentální *enrichment*). Farmakoterapie zde zatím umí jen dílčí, v podstatě pomocné kroky: lze spojit požití alkoholu s velmi nepříjemným pocitem (například podáváním disulfiramu) a následně vytvoření strachu se napít, a lze také obsadit receptory – nebo jinak utlumit jejich činnost – potřebné pro případný efekt drogy (*anti-cravingová* terapie). Behaviorální postupy jsou v reparaci libostního systému klíčové – je třeba znovu vytvořit stereotyp: zaprvé si osvojit fakt, že pro získání libosti je nutné vyvinout nějaké úsilí, tedy že libost nepřijde sama od sebe a snadno; zadruhé že na získání libosti je třeba chvíli počkat, libost nepřichází hned; a zatřetí že libost v běžném životě nebývá příliš silná. Zde je potíž stejná jako s jakýmkoli jiným tréninkem. Aby byl trénink efektivní, musí být člověk silně motivovaný a musí změnu chtít. Na závislého nelze nasadit žádnou „drezuru“ v podobě zaměřeného libostního přecvičování ani v podobě tradiční iluzorní kompletní „mravní převýchovy“, dokud sám nebude chtít. Před započetím takového libostního tréninku je tedy nutné vytvořit dělnou, zábavnou, motivující a pozitivně prorůstovou atmosféru, docela podobně jako v lepších sportovních trénincích.

Třetí cestou ke změně je uzpůsobení prostředí tak, aby bylo inspirativní, motivovalo ke zvídavosti, k pohybu a k zapojení kognitivních funkcí, současně aby zvyšovalo wellbeing a člověk sám měl nad tímto prostředím kontrolu a kompetence. Jde tedy o prostředí, které jednoznačně dokáže samo svým uspořádáním reparovat hardwarové škody mozku – toto

známe pod již zmíněným pojmem environemnetální *enrichment*. Ideální je, aby se tyto postupy kombinovaly a aby vytvářely základní terapeutické pozadí, do něhož jsou doplňovány momenty, které klient ve svém jedinečném životním kontextu potřebuje. Tato doplnění by však neměla být v nesouladu se zmíněným základním rámcem.

Potíže myšlenkového mainstreamu

Potíží v terapii bývá, že komplexnost a individuální pestrost problému vedou k mnoha odlišným teoretickým konceptům, které téměř vždy reprezentují jen některé aspekty této komplexnosti. Terapeuti často bývají v konkrétním teoretickém modelu školeni či v něm vyrůstají nebo se jim jen líbí a mají tendenci se tímto prizmatem dívat na všechny pacienty. Léčba vyplývá v každé době částečně z těchto víceméně uznávaných modelů, ale také z celkového obecného vnímání závislosti ve společnosti. Součástí tohoto myšlenkového mainstreamu je i etický pohled na závislé – závislost bývá nahlížena jako mravní pochybení či zlá vůle. Logickým důsledkem takového pohledu pak je aplikace všelijakých trestů, omezování a nejrůznějších tvrdých přístupů. I dominantní česká léčebná tradice odvozovaná od Jaroslava Skály je takto postavena, originální teze tohoto modelu obsahují přesně taková morální východiska a volání po nápravě/trestu mravně defektních či pochybených jedinců. Bohužel naše běžná životní zkušenost se závislostí příliš nenahrává opuštění etického modelu a aplikování příjemné terapie v příjemném prostředí. Kolem sebe máme neustále smutné lidské příběhy, uživatelé drog působí mnohá příkoří nejen svým blízkým a lidé velmi trpící závislostí partnera či rodiče by teze v tomto článku jistě považovali za pobuřující. Copak se závislým lidem má tak snadno „odpustit“? Věcí terapeuta není odpouštět a ani není jeho věcí hodnotit vinu. Terapeut by měl být nad etickým posuzováním klienta – lidé z praxe vědí, že někdy je to velmi složité – a zaměřit se na to, co může způsobit pozitivní změnu.

Zneschopnění závislého člověka

Do mainstreamového myšlení se z různých důvodů dostávají nové věci pomaleji, zvláště ty, které nejsou s dosavadním mainstreamem souladné. Přetrvávají v něm pak anachronismy, iracionální závěry a důsledky tradicionalismu. Toto lze nalézt i u současného přístupu k závislosti. Jedna taková tradiční myšlenka, která mocně deformuje přístup k závislým lidem, je představa o ztrátě kompetencí závislého člověka. Podle této myšlenky závislý – myšleno každý závislý člověk – v důsledku užívání drog ztratil kompetence nejen nad svou závislostí, ale i nad běžnými životními rolemi. Musí tedy za něj být převzata zodpovědnost za rozhodování, které by pro něj mohlo být rizikové, musí být kontrolován a hlídán. Svobodná

volba v běžných věcech je mu často léčebným systémem odnímána a vytváří se dojem, že si tuto svobodu rozhodovat o svých věcech musí nejprve zasloužit.
Některé oficiální a populární myšlenkové proudy pak tuto nekompetentnost rozšiřují i ve vztahu k droze – droga je postavena nad člověka, ten nemá kompetenci se jí ubránit, ztráta kompetence je navíc celoživotní, ačkoli k takovému postoji nejsou důvody ani neurobiologické. Ideu nekompetentnosti přejímá i klient, často žije s pocitem trvalého defektu, a dokonce bývá i sám horlivým šiřitelem potřeby tvrdosti a kontroly. Idea zneschopnění klienta se promítá do mnoha aspektů uspořádání terapie či terapeutického vztahu, zde zmíníme tři důležité navzájem související podoby: zaprvé klient není schopen problém sám regulovat a musí vyhledat pomoc odborníka, zadruhé klient potřebuje alespoň přechodně být v umělém a chráněném světě ústavního zařízení, zatřetí je nutné klienta v ústavním prostředí velmi kontrolovat.

Tvrdošíjné lpění na pozicích

Každá z těchto forem zneschopnění je v této paušální podobě zcela jistě chybná a téměř jistě může klienta i poškodit. Zneschopňovat lidi je v principu neetické a z hlediska potřeby reparace poškozeného mozkového libostního hardwaru i nelogické.
Tvrdošíjnost, s jakou myšlenka zneschopnění závislého člověka v české adiktologii přežívá, je pozoruhodná a jen těžko ji lze vysvětlit prostou úctou k tradici. Petrifikující silou bezesporu je v jádru přežívající etický model závislosti. Zajímavá může být i sama motivace některých terapeutů lidi zneschopňovat. Můžeme mluvit o touze po moci, ale také přemýšlet o spojitých nádobách – o vztahové dvojici, ve které jeden si libost zajišťuje pudově a bez ohledu na následky a druhý ho za to trestá. Těžko si lze jinak vysvětlit, proč právě u problému závislosti – na rozdíl od zbylé psychiatrie – máme takovou potřebu sankcionovat, být tvrdí a proces řídit. Příliš tomu nepomohla historická anomálie v podobě údernického obrazu úspěšného pacienta – tělesně zdatný, otužilý, skupinově ukotvený, náhledem uvědomělý a trvale důsledně abstinující –, která od padesátých let minulého století přežívá dodnes a je noční můrou pro všechny klienty, kteří toho nejsou schopni, a stejně tak i pro jejich terapeuty, kteří celé ty roky klopotně hledají způsoby, jak v mainstreamu tyto „jiné“ klienty neztratit.

Dva alternativní koncepty cílů

V nové adiktologii vedle sebe existují dva proudy. Na abstinenci zaměřený přístup (ideální pro ty, kteří jsou toho schopni, kteří to chtějí a pro které může být život s abstinencí benefitem) a přístup posilující jakékoli osobní a životní zlepšení bez ohledu na aktuální boj o

abstinenci (přístup blízký recovery v psychiatrii). Recovery přístup v adiktologii není vůbec rezignační, i když tak na první pohled může vypadat. Je vcelku chytrou strategií posilovat to, co se klientovi daří – zvyšující se životní kompetence a stabilita ho pak k abstinenci „druhotně“ vedou. Je zřejmé, že tento přístup je jediný možný pro všechny lidi, pro které koncept celoživotní a úplné abstinence je příliš velkým soustem nebo je příliš abstraktní, než aby člověk věděl, jak to zařídit. Je také zřejmé, že tradiční model byl k posilování jedné každé kompetence protichůdný, neboť kompetence odnímal, například uzavřením se před kontaktem s vnějším světem, před rozhodováním o běžných věcech člověka, jako kdy si lze vypít kávu nebo s kým lze mít sex a tak dále. Zmíněný recovery koncept má velmi dobré výsledky.

Lidé jsou málokdy bez kompetencí

Lidé nejsou ve vztahu k droze bezmocní. Jen relativně menší část uživatelů – ačkoli my v oboru rádi říkáme opak – se od užívání drogy dostane k závislosti. Některá data jsou až zneklidňující. Například James Anthony a kolegové v roce 1994 popisují, že přibližně jen sedmnáct procent uživatelů kokainu si vytvoří v průběhu života závislost, Megan O´Brien a J. Anthony v roce 2005 doplňují, že v průběhu dvou let od zahájení užívání se závislost vytvoří jen u šesti procent uživatelů. Taková data nekorespondují s naším pocitem vážnosti užívání drog. Jiné výzkumy můžou ukázat jiná čísla, můžeme ale připustit, že v průběhu užívání drog se odehrává v životě člověka mnoho událostí a podnětů, které situaci můžou měnit.
Lidé dokážou své problémy řešit sami a je obecně nebezpečné pro celou společnost tvrdit opak. I závislý člověk má dlouho značné kompetence svůj problém stabilizovat. Není důvod, aby člověk nezkusil řešit svůj problém nejprve sám a pak případně se všemi nástroji, které ho co nejméně vytrhnou z běžného života: svépomocné skupiny, poradenství, ambulantní terapie. Doktrína „sám to nezvládnete“ člověka předčasně zneschopňuje. Je nutné také připustit, že významná část klientů dokáže v průběhu let svou závislost stabilizovat bez oficiální terapie. Výsledek vlivu zásadních životních události či celkové harmonizace života není nutné brát jako konkurenci k oficiálním terapeutickým programům, ale jako jejich doplnění. V každém případě v terapii je ideální ke kompetencím přistupovat s respektem a klientovi je žádným institucionálním pravidlem ani žádným zdůvodněním terapeuta neodnímat. To, že člověk aktivně užívající drogy nezvládal své zodpovědnosti, neznamená, že je nemá, když je střízlivý. Je těžko obhajitelné, že v terapii chceme závislého člověka naučit pracovat, umývat si boty, být na vteřinu dochvilný a podobně, jako by to neuměl.

Naivní terapie

Racionální přístup v terapii je tedy uzpůsobit prostředí a vztah tak, aby rostly kompetence klienta, aby se mu vyjevily možné krásy života a aby učinil zkušenost, že dokáže vést klidný život, může být sám sobě přítelem a jako člen lidské skupiny dokáže zaujímat pozitivní roli. Vše toto by mohlo být směrováno k tomu, aby klient chtěl žít klidný a smysluplný život, aby nečekal, že to zařídí někdo jiný, a aby uvěřil, že na to má sílu a kompetence.
K tomu je zapotřebí v podstatě naivní terapie, o kterou se pokoušíme v našem ústavním prostředí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Naivita spočívá v držení etických hodnot mezilidského chování zcela nezávisle na všech znalostech o špatných činech klienta během drogové závislosti a v odmítání postoje, že etické je to, co vede k dobrému účelu bez ohledu na zvolených prostředcích– účel nesvětí prostředky a v našem případě terapeutický účel neopravňuje terapeuty k ustoupení z etických hodnot a nedává nám právo člověka omezit například v jeho kompetencích. Etickým pevným bodem, podle kterého se formuje program, celé prostředí a řešení každodenních problémů, je respekt ke svobodnému rozhodnutí člověka, tedy i k jeho individuální zodpovědnosti, a tento respekt je kompenzovaný doporučenou hodnotou přiměřeného altruismu (někdy je dobré myslet na druhé). Žádné sankční ani bodovací systémy. Žádné spletité systémy pravidel, která bychom mohli důrazně a bezvýjimečně po lidech vyžadovat. Žádná moc terapeuta. Naivita spočívá ve víře v hojivý efekt lidského respektu. Ve víře, že člověka může posunout, když má důvěru druhých lidí a když ostatní lidé věří v jeho pozitivní potenciál. To v něm může autenticky probudit odvahu ke změně. Prostředí postavené podle principů environmentálního *enrichmentu* může reparaci mozkového hardwaru posílit či urychlit a pozornost věnovaná novým, zdravým způsobům získávání libosti (spíše nyní řekněme běžných životních radostí) může pomoci odstranit jadernou neurobiologickou patologii závislosti.
Nová existence bez drog může člověku v životě zlepšit téměř vše. Terapeutický proces samozřejmě přináší lidem všelijaké obtížné vzpomínky a i řešení současných problémů může být těžké. Avšak celkové směřování k životu, v němž může být ve srovnání s drogami zlepšeno skoro všechno, by mělo být veselým příběhem, nikoli věčným bojem stínových bytostí.

Zdroje:

Ahmed, S. H., Lenoir, M., Guillem, K. (2013). Neurobiology of Addiction Versus Drug Use Driven by Lack of Choice. *Curr Opin Neurobiol*. 23(4):581–7

Anthony, J. C., Warner, L. A., Kessler, R. C (1994). Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 2:224–268

Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2013). Neuroscience of Affect: Brain Mechanisms of Pleasure and Displeasure. *Curr Opin Neurobiol*, *23*(3), 294–303

Best, D., Hennessy, E. A.(2022). The Science of Recovery Capital: Where Do We Go from Here? *Addiction* 117(4):1139–1145

Dvořáček, J. (2020). Proměny léčby závislostí – terapie bez moci (bezmoci). *Psychiatrie pro praxi* 21 (2), 100–104

Dvořáček, J., Mravčík, V. (2024) Závislost jako hacknutí mozkového systému libosti. In: Horáček a kol. *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*, druhé vydání. Praha: Galén

O'Brien, M. S., Anthony, J. C. (2005). Risk of Becoming Cocaine Dependent: Epidemiological Estimates for the United States, 2000–2001. *Neuropsychopharmacology* 30(5):1006–18

Kelly, J. F., Bergman, B., Hoeppner, B. B., Vilsaint, C., White, W. L. (2017). Prevalence and Pathways of Recovery from Drug and Alcohol Problems in the United States Population: Implications for Practice, Research, and Policy. *Drug Alcohol Depend*. 181:162–169

Kudrle, S. (2024) Zpověď „adiktologického aktivisty“. https://slideslive.com/39021400.

Sale, A., Berardi, N., & Maffei, L. (2014). Environment and Brain Plasticity: Towards an Endogenous Pharmacotherapy. *Physiol Rev*, *94*(1), 189–234

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, *162*(4), 712–725