

Univerzita Komenského v Bratislave, Filozofická fakulta, Katedra psychológie

Sociálno-psychologické aspekty závislostí

(seminárna práca)

Vyučujúci: Doc. PhDr. Mária Bratská, PhD. Csc

Meno: Marek Lukačovič

Predmet: Aplikovaná sociálna psychológia

Ročník: tretí

Semester: zimný

Rok: 2015

Obsah

Úvod	3
Teoretické východiská	4
Vedomie a jeho aspekty:	4
Zmenené stavy vedomia	5
Kultúrne aspekty zmien vedomia	5
Definície adiktologických pojmov.....	7
Kritériá závislosti	9
<i>Druhy závislostí:</i>	9
Bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti.....	10
Aplikačná časť.....	13
<i>Mechanizmus psychedelík a najvýznamnejší autori a štúdie</i>	16
Záver	21
Použitá literatúra:.....	22

Úvod

V seminárnej práci sa pokúsim vysvetliť tak komplexný fenomén ako je závislosť človeka. Keďže tento fenomén presahuje všetky štruktúry a dimenzie človeka, tak aplikujem aktuálny bio-psycho-socio-kultúrno-spirituálny model nazerania na problematiku. Mojim cieľom je priniesť čitateľovi, ktorý sa až tak v problematike neorientuje *koherentný* pohľad na tento významný fenomén v ľudskej spoločnosti.

Pokúsim sa rozbiť pár archaických predsudkov a stereotypov, pretože som si stanovil za cieľ páliť svetlo poznania a vedy do tabuizovaných kútov našej spoločnosti a drogová problematika rozhodne je v našej kultúre tabuizovaná, prehliadaná a odsúvaná na perifériu. Pričom evidentne rastie spotreba a konzumácia rôznych látok s cieľom – pre človeka prirodzenej túžby – dosiahnúť zmeneného stavu vedomia (ASCs = Altered States of Consciousness).

Považujem za podstatné zdôrazniť kultúrne pozadie dosahovania ASCs a taktiež som si za osobnú úlohu v mene „renesancie psychedelického výskumu“ v západnej spoločnosti stanovil poukázať na efektivitu istej skupiny drog v *liečbe závislostí* (okrem iného), kde sa operuje s ďalšou mainstreamom ignorovanou oblasťou ľudskej existencie a ľudskej psyché – so spirituálnou sférou.

Pokúsil som sa vytvoriť koherentný obraz o drogách, ktorý by mal čitateľovi (aj s odkazmi na pestrú paletu literatúry) vysvetliť, že ide o značne komplikovanejšie fenomény než len „raz si dáš, navždy si v píp“. Teóriu dopĺňam o viacere príklady, ktoré sú podčiarknuté.

V závere sa pokúsim načrtnúť model, ktorý s občianskymi združeniami ponúkame ako alternatívu k súčasnému skostnatelému *kontraproduktívnemu* systému.

Teoretické východiská

Komplexnosť ľudskej existencie sa odzrkadluje aj v problematike definície vedomia. Psychológovia si uvedomujú *prúd* vedomia, od čias Williama Jamesa, no doteraz neexistuje jednotná rámcová všeobecná teória o tom, čo to vlastne vedomie je, ako funguje a prečo sa vyvinulo do súčasných rozmerov so súčasťnými možnosťami adaptácie a interakcie s prostredím.

René Descartes sa pri definovaní vedomia sústredil na subjektívne prežívanie mysle: Myslím, teda som (Hunt, 2000).

Subjektívne vnútorné prežitky, ktoré sa skúmali introspekciou boli baštou poznania pre také osobnosti ako Sigmund Freud, Wilhelm Wundt, William James, Carl Jung a mnohých iných... no s príchodom behaviorizmu sa *vnútorné, subjektívne* a hlavne *nepozorovateľné* prežívanie vytratilo zo záujmu bádania. Od 60tych rokov si psychológia uvedomuje, že rôzne aspekty vedomia sú príliš významné a všadeprítomné na to, aby bolo vedomie niekde na periférii skúmania, zanedbávané - prípadne ignorované.

Vedomie a jeho aspekty:

Vedomie zahŕňa:

- 1) *sledovanie* seba samého a okolia takým spôsobom, že si *uvedomujeme* vnemy, spomienky, emócie a myšlienky.
- 2) *ovládanie* seba i okolia tak, že dokážeme zahájiť a ukončiť svoje správanie a kognitívne procesy (Kihlstrom, 2007).

Sledovanie - zmyslová sústava spracováva informácie z prostredia, no vedomie si vyberá, ktorým podnetom bude venovať pozornosť a ktoré budú *prefiltrované*. Pozornosť je totiž selektívna.

Riadenie – medzi úlohy vedomia patrí i plánovanie, riadenie a zahajovanie nášho konania. Či už ide o plán jednoduchý, krátkodobý alebo dlhodobý a komplikovaný, vždy musí naše konanie prebiehať v koordinácii s okolitými udalosťami. Tie udalosti, ktoré ešte nenastali sú v našom vedomí zastúpené v kategórii *budúce možnosti*, a vedomie s nimi operuje na pravdepodobnostnej úrovni. Napríklad alternatívne scenáre a schémy správania v prípade nečakanej zmeny situácie (napr. ako reagovať, keď som o minútu zmeškal vlak – ako sa dostanem do cieľa *teraz?* - autobus, iný vlakový spoj, taxík, ... až po vyplašene iracionálne „zafarbené“ úvahy o vzducholodi, teleporte doprevádzané verbálne pejoratívnym nádychom ako vedľajší produkt frustrácie zo zmeškania vlaku.)

Nie všetko správanie, konanie je riadené vedomými rozhodnutiami a nie všetky riešenia problémov prebiehajú na vedomej úrovni. Počas dňa sme často ovplyvňovaní nevedomými procesmi, ktoré do značnej miery determinujú naše správanie. (Bargh, 2007). Napríklad si pri komunikácii uvedomujem prítomný okamih a vymieňanie informácií s človekom, ku ktorému mám priateľský vzťah, no neuvedomujem si jemné nuansy a výpočty hodnotenia jeho a mojej neverbálnej komunikácie, alebo dôvody môjho postojú v určitej téme. Isté aspekty – napríklad sociálnej percepcie, mi zostanú skryté a sú nevedomé - a som nimi ovplyvňovaný.

Zmenené stavy vedomia

Z podstaty funkcie vedomia vyplýva, že sa kvalita vedomia počas dňa mení. Ráno sa *budíme do kontinuity* „nášho biodromálneho príbehu“, aby sme sa večer znovu vypravili do snovej ríše, ktorá má s bežným racionálnym vedomím pramálo spoločné. Denne sme zmietaní fantáziami, predstavami, denným snením (napríklad v mestskej hromadnej doprave), či „zapadneme“ do dobrého príbehu knihy, filmu, divadelného predstavenia – až na moment zabudneme („zapadneme“), že máme prežívať našu individualitu a dočasne prežívame niečo / niekoho iného. Detské magické videnie sveta a *hry*, kedy sú doslova dočasne *niekym iným* (superhrdinovia, zvieratká, atď) sú taktiež dôkazom častej zmeny ľudského vedomia. Nehovoriac o integrovaných drogách v kultúre – u nás napríklad alkohol, ktorý je súčasťou *každej* spoločenskej udalosti prinajmenšom aspoň ako potenciálna *ponuka* zábavy.

V jednom prieskume náhodnej vzorky ľudí viac než 80% pripustilo, že niekedy nevenovali pozornosť časti rozhovoru, pretože „im utiekli myšlienky“ (Ross, 1997, in Atkinson and Hilgard, 2012).

73% si nie je istých, či niečo skutočne urobili, alebo... o tom len uvažovali. 60% uviedlo, že ich spomienky na minulosť sú tak živé, akoby minulé udalosti prežívali znovu. 48% uviedla, že občas šoférujú ale nevedia si vybaviť určitý úsek cesty. Evidentne sú ľudia občas pozornosťou a vedomím „mimo“.

Väčšina psychológov sa zhoduje, že za zmenený stav vedomia môžeme označiť akúkoľvek výchylku od bežného racionálneho vedomia. Je teda jasné, že stavy vedomia sú veľmi *subjektívnou* záležitosťou.

Kultúrne aspekty zmien vedomia

Ľudia od pradávna obohacovali svoju stravu o látky rastlinné či živočíšne, ktoré mali za účinkov povzbudenie, uvoľnenie, navodenie spánku, alebo udržanie bdélého vedomia, či zostreného vnímania. Taktiež pri rôznych spoločenských udalostiach, pri rôznych rituáloch dochádzalo k

látkovej (odvary napr. ayahuascy, či pojedaniu hřibov, korienukov, etc...) i *nelátkovej* (tranzu vyvolané bubnovaním, meditáciou, intenzívnou zmenou dýchania, etc...) *zmeny vedomia* s cieľom navodenia intenzívneho prežitku, ktorý mal v určitej miere a určitým spôsobom obohatiť jednotlivca, či skupinu ľudí, ktorá sa rituálu zúčastnila.

Bližšie informácie o rituálnom užívaní niektorých drog takmer vo všetkých kultúrach predindustriálnej éry možno nájsť v dielach od La Barre (1972), Wasson et al (1986), Ott (1993), Smith (2000). V kontexte šamanského rituálu užívanie psychoaktívnych látok mapuje napríklad Harner (1972, 1973), Langdon a Baer (1992), Winkelman (1995, 2000). Halucinogény a ich rola v tradičných kultúrach dopĺňa i legendárna dvojica psychedelickej subkultúry: vedci a objavitelia mnohých drog Schultes a Hoffman (*Plants of the Gods*, 1992). O syntézu poznatkov týchto rituálov, zmien vedomia a vplyvov na vedomie a osobnosť človeka sa pokúša napríklad Benny Shannon (2002), či celosvetovo známy český psychiater Stanislav Grof (2000, 2010) alebo harvardský psychológ a posledný žijúci zo známej harvardskej psychedelickej skupiny vedcov: Ralph Metzner (1999).

Meditáciou označujeme dosiahnutie zmeneného stavu vedomia prostredníctvom určitých rituálov a cvičení. Ich súčasťou je riadené dýchanie, striktné obmedzenie rozsahu pozornosti – teda podnetov prichádzajúcich do vedomia na analyzovanie, zaujatím špecifických polôh tela a aktívnym *vôlovým* vytváraním, budovaním nejakej predstavy symbolu alebo udalosti. Výsledkom je po určitej dobe príjemný stav, v ktorom jedinec prežíva duševné i telesné uvoľnenie. Po aktívnom cvičení dosahujú niektorí ľudia mystické zážitky, pri ktorých strácajú vedomie samých seba a získavajú pocity a vnemy presahu vedomia do niečoho širšieho, rozšíreného vedomia (Řičan, 2006). Slovenský výskumník zaoberajúci spirituálnou oblasťou ľudskej psyché je napríklad PhDr. Michal Stríženec DrCs.

Jednoducho slovami Andrew Weila: *ľudská túžba uletieť je tak prirodzená ako túžba po dobrom jedle a sexe* (Weil, 2004).

Z dosiaľ napísaného je zrejmé, že ľudský druh aktívne vyhľadáva – pretože mu to CNS umožňuje – zmeny vedomia, ktoré môžu byť po rôznych stránkach obohacujúce. Problém nastáva, keď sa občasnú rituálnu užívanie s cieľom vnútorného obohatenia a integrity osobnosti zvrhne na prahsprostý konzumný abúzus s jediným cieľom: „roztrieskať sa“.

Metzner (1999) upozorňuje, že kamkoľvek vstúpila „chamtivá ruka bieleho človeka“ počas kolonizácie sveta, tam sa rituálne užívanie čohokoľvek zvrstlo v nekontrolovateľný konzum. Ako príklad uvádza fajčenie tabaku, kedy ho domorodí indiáni užívali výlučne počas seansí, kedy subjektívne verili, že komunikujú so svojimi predkami. V súčasnosti je fajčenie tabaku

priam zosobnením deštruktívneho konzumu a abúzu západnej konzumnej takzvanej „civilizovanej“ kultúry. Alebo napríklad liečivé účinky rastliny koky, ktorú nedávno žul s domorodcami sám pápež František. Domorodci ju užívajú niekoľko tisíc rokov, ale dnes je koka žiaľ jednou z hlavných komodít na čiernom trhu a z nej syntetizovaný kokaín patrí medzi najdeštruktívnejšie látky, ktoré poznáme...

Definície adiktologických pojmov

Droga je prírodná alebo syntetická látka, ktorá môže vyvolávať zmenený stav vedomia, nálady, tlmiť a stimulovať psychické a telesné funkcie, vyvolať mimoriadne psychické zážitky alebo ovplyvňovať prežívanie situácií a celkovej životnej reality. V určitých prípadoch, najmä pri opakovanom užívaní, môže vyvolať aj závislosť. (Nociar, 2009).

Skupiny nelegálnych a kontrolovaných drog definuje *Jednotný dohovor OSN o omamných látkach* (1961) a *Konvencia OSN o psychotropných látkach* (1971).

Intenzita užívania podľa Novomeského (1996, str. 14):

- a) **úzus** - užívanie drog v súlade s oprávnenými záujmami a potrebami jedinca i spoločnosti. Ide v podstate o užívanie liečiv či iných látok charakteru drog v primeraných dávkach v súlade s potrebami užívateľa podľa aktuálnych poznatkov lekárskej vedy.
- b) **misúzus** – užívanie drog takým spôsobom, ktorý nie je v súlade s náhľadom medicíny na aktuálne potreby konzumenta. Ide obvykle o prekračovanie terapeutických dávok liečiv, prípadne ich nevhodné laické kombinácie.
- c) **abúzus** – zneužívanie drog predovšetkým ich nadmerným používaním do tej miery, že u osôb mladistvých je ohrozené dospievanie i vyzrievanie osobnosti, u osôb dospelých dochádza k nepriaznivému vývoju psychickej i fyzickej výkonnosti aj k manifestácii všetkých ďalších negatívnych javov, prameniacych zo zneužívania drogy.

Podľa Kaliny a kolektívu (2003) sa populácia rozdeľuje na následné cieľové skupiny v kontexte užívania drog:

Rizikovní jednotlivci: individuálne riziko zvyšujú hlavne psychické problémy a poruchy, poruchy učenia a správania, genetické predispozície, dysfunkčná primárna rodina.

Experimentátori: nepresné – ale v odbornej reči používané - označenie pre osobu, ktorá drogy takzvane „skúša“: občasne, nepravidelne užíva rôzne typy drog a môže, ale i nemusí mať pritom problém v iných oblastiach života. V drvivej väčšine ide o mladých ľudí, ktorí pri užívaní nezostanú. Ide väčšinou o prechodné obdobie počas turbulentnej vývinovej etapy rannej dospelosti.

Príležitostí a rekreační uživatelé: u tejto cieľovej skupiny sa užívanie drog už stalo súčasťou životného štýlu, ale nie je častejšie než raz za týždeň a jeho dôsledkom nie je (alebo doposiaľ nie je) vznik závislosti a ďalších problémov. Typické je hlavne pri konope, LSD či extáze.

Pojmu „príležitostní uživatelé“ sa dáva prednosť pred populárnym laickým „rekreačné užívanie“, pretože to vyvoláva s negatívnymi konotáciami dojem, že ide o užívanie čisto pre zábavu – pričom neberie do úvahy napr. snahu o zvládanie negatívnych emočných stavov, osobnostný rast a integritu osobnosti, či iné motívy.

Problémoví uživatelé: podľa EMCDDA je problémové užívanie definované ako intravenózne užívanie drog (IUD) a/alebo *dlhodobé a pravidelné* užívanie opiátov, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívanie“ sa nezahrňuje užívanie extázy a konopy – tzv. marihuany (Zábranský in Kalina; 2003).

Závislí: Podľa Nešpora (Nešpor, 2008): uživatelé splňujúci diagnostické kritéria syndrómu závislosti. Často, ale nie vždy ide zároveň o „problémových uživatelov“. Zavádzajúci pojem „toxikoman“, či „narkoman“ dnes z odbornej terminológie mizne.

V súvislosti so vznikom závislosti hovoríme o **tolerancii**, čím rozumieme zníženú odpoveď organizmu na účinok drogy, ktorú musí prijímať konzument na dosahovanie rovnakého účinku v neustále vyšších dávkach. Ako tolerancia vzniká, nie je celkom jasné. Nešpor (Návykové chováni a závislost, 2000, str.23) uvažuje nad dvomi možnosťami genézy: vznik tolerancie v dôsledku nižšej reaktivity centrálného nervového systému na návykovú látku alebo v dôsledku jej rýchlejšieho vstrebávania (napr. rýchlejšie odbúravanie alkoholu v pečeni).

Príklad tolerancie: Ten kto je zvyknutý piť tvrdý alkohol každý piatok, tak ho „5 poldecákov nezničí“, ale človek ktorý nepije tvrdý alkohol vôbec, bude „poletovať“ už z dvoch pív. Alebo ten čo konzumuje konope pravidelne je na tento zmenený stav adaptovaný a dokáže prakticky bezproblémovo v stave fungovať, no začiatok bez tolerancie bude na pár hodín „odstavený“ od bežného fungovania, pretože jeho vnímanie a celkovo vedomie bude fungovať na inej úrovni (rozšírené asociácie, roztekanosť, rýchly sled myšlienok, abnormálne dvojtrojzmysly na čokoľvek, narušená krátkodobá pamäť, zintenzívnené všetky zmyslové modalities, synestézie, atd). Pravidelný „hulič“ by z toho istého množstva zostal „vysmiaty“ na pol hodiny.

Janík a Dušek poukazujú na **skríženú toleranciu** (Drogy a spoločnosť, 1990, str.76), to znamená, že u väčšiny látok k nej dochádza, ak sa vytvorí tolerancia na jednu látku, vytvorí sa i na ostatné látky tej istej skupiny. (Keď som včera „logal“ flašu vína, dnes mi bude „písať slabšie“ tvrdý alkohol, či pivo. Pretože: tolerancia zovčera z tej istej skupiny drogy – alkohol.)

Kritériá závislosti

Kritériá závislosti od psychoaktívnej látky podľa DSM-IV:

1. Látka sa často užíva vo väčších množstvách alebo dlhšie časové obdobie než osoba mala v úmysle.
2. Pretrvávajúca túžba po látke alebo jeden či viac neúspešných pokusov zanechať alebo kontrolovať užívanie látky.
3. Priveľa času na činnosti nevyhnutné na získanie, užívanie látky alebo na zotavenie sa z jej účinkov.
4. Častá intoxikácia alebo abstinenčné príznaky, keď treba plniť hlavné rolové požiadavky v práci, škole či doma, alebo keď užitie látky predstavuje fyzický hazard.
5. Zredukovanie alebo vzdanie sa dôležitých spoločenských, pracovných alebo rekreačných aktivít z dôvodu užívania látky.
6. Trvalé užívanie látky aj napriek uvedomeniu si stáleho či opakovaného spoločenského, psychologického alebo fyzického problému, ktorý spôsobuje alebo zväčšuje užívanie.
7. Zvýšená tolerancia: potreba výrazne väčších množstiev látky (t. j. nárast najmenej o 50 %) na to, aby sa dosiahla intoxikácia alebo želaný účinok, resp. zreteľne znížený účinok pri stálom užívaní rovnakého množstva látky.
8. Charakteristické abstinenčné príznaky.
9. Látka sa často užíva kvôli zmierneniu alebo vyhnutiu sa abstinenčným príznakom.

Na diagnostikovanie závislosti sú potrebné najmenej *tri kritériá z deviatich*, resp. niektoré príznaky musia trvať aspoň mesiac alebo vyskytovať sa dlhšie. Kritériom čiastočnej remisie je nie nadmerné užívanie látky v minulých šiestich mesiacoch, ako aj určité symptómy závislosti; kritériom úplnej remisie je buď nijaké užívanie látky za predchádzajúci polrok, alebo užívanie látky, ale nijaké symptómy závislosti.

Druhy závislostí:

Podľa Rotgersa (1999) za **fyzickú závislosť** označujeme jav, keď je prerušenie konzumácie drogy sprevádzané príznakmi presne opačnými ako sú tie, pre ktoré jednotliviec drogu vyhľadával a užíval, to znamená, že drogu nevyhľadáva pre zažitie príjemného stavu, ale aby sa vôbec dostal do „normálu“. Mechanizmus vzniku fyzickej závislosti spočíva v prispôsobovaní sa organizmu novej úrovni homeostázy v dôsledku konzumovania drogy a reakciami na porušovanie tejto novej homeostázy. Napríklad fyzická závislosť na nikotíne:

prehnane nervózní a „rozklepaní“ ľudia po 2 týždňovom nefajčení (pretože telo si pýta dávku - cigaretu).

Psychická závislosť býva označovaná ako neodolateľné nutkanie a potreba pokračovať v konzumovaní drogy. Prejavuje sa spávaním, v ktorom prevláda usilovné vyhľadávanie drogy. Psychická závislosť spravidla predchádza závislosti fyzickej, avšak fyzická závislosť nemusí vždy nastať. Napríklad pri marihuane je fyzická závislosť diskutabilná, to však neznamená, že návyková pre isté % ľudí nie je.

Šteliar (Drogy, 2004, str.10) popisuje **sociálnu závislosť**, najmä v súvislosti s rituálnym užitím drogy v rámci spoločenstva, kedy potreba užívať drogu nevyplýva z fyzickej závislosti ani zo subjektívnej potreby užiť drogu, ale užívanie je súčasťou nejakého rituálu (náboženského, skupinového, profesionálneho) určitej sociálnej skupiny. Možno ju chápať ako psychologickú závislosť, pri ktorej sú príjemné pocity. V našej kultúre je napríklad hlboko implementovaný alkohol a prakticky *akákoľvek spoločenská udalosť* (od oslavy narodenín, stužkové, dozvuky, svadby, až po oslavy všeho druhu) prinajmenšom *ponúka* potenciálnu zábavu vplyvom drogy – alkoholu.

Bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti

Človek je tvor bio – psycho - sociálny, majúci tiež svoju environmentálnu a duchovnú zložku. V každej z nich môže byť ukrytá príčina a nie je možné ju obmedziť len na jednu.

Doteraz ako ľudstvo nepoznáme presné dôvody závislostí. U niekoho sa alkoholová závislosť rozvinie na základe abnormálneho pitia, u iného kvôli psychickým problémom, inde prevažujú genetické predispozície alebo sociokultúrne väzby na alkohol a rituály spojené s užívaním alkoholu alebo iných návykových látok. (Kudrle in Kalina, 2003)

Návykové zneužívanie alkoholu, drog alebo čohokoľvek (facebook, mobil, moc, sex) vedie k vytváraniu psychofyziologických stavov, ktoré sú vo svojej podstate *nevedomé, nedobrovoľné a majú sebaposilujúci charakter vytvárajúci bludný kruh*.

Závislosť na drogách má svoje korene nielen v droge samotnej tiež i v osobnosti človeka, v genetických vplyvoch i v ďalších spoločenských činiteľov, ako je napr. užšie sociálne prostredie, jeho kultúrna úroveň, dostupnosť drogy (cenová i priestorová). Bezvýznamné nie sú ani vyvolávajúce faktory, medzi ktoré počítame záťažové situácie telesného i duševného pôvodu. Na vzniku závislosti sa podieľa množstvo faktorov, ktorých význam však nie je rovnaký; *u niektorého jednotlivca dominuje jedna u ďalšieho druhá zložka v rôznej intenzite* (Kudrle in Kalina, 2003).

Janík a Dušek (Drogy a spoločnosť, 1990, str.119) vyčleňujú štyri základné faktory, ktoré podmieňujú vznik drogovej závislosti: 1. látka samotná, 2. osobnosť, 3. sociálne prostredie, 4. provokujúce a vyvolávajúce činitele.

Rotgers (1999) tvrdí, že riziko vzniku závislosti je vyššie u mladých ľudí, u žien, pri výskyte závislosti v prvostupňovom príbuzenstve, u ľudí s poruchami osobnosti, s psychickými poruchami (úzkostnými alebo afektívnymi poruchami), u ľudí vystavených opakovanému psychickému stresu, v určitých sociálnych situáciách (napr. tlak rovesníkov alebo členov neformálnych skupín). To, že sú títo jedinci viac ohrození, neznačí že sa automaticky časom stávajú závislými. Droga totiž nepozná pravidlá, ani presné šablóny.

BIO

Biologické faktory vzniku závislosti a jemné nuansy neurobiologických vzťahov pri interakcii exogénnych molekúl (v tomto prípade drog), ktoré sú veľmi podobné endogénnym neurotransmiterom a ktoré interagujú s endogénnymi receptormi, presahujú zámer tejto seminárnej práce. Detailne opísané sú napríklad u Kaliny (2003), či Nešpora (2000). Bližšie sa „BIOfaktorom“ nebudem venovať.

Psychologická úroveň

Skúmaný je vplyv tzv. psychogénnych vplyvov a faktorov pre rozvoj abúzu návykových látok a pre rozvoj závislosti. Psychogénne faktory môžeme nájsť tiež v období perinatálneho vývinu a období pôrodu. Nejde teda o biologické faktory perinatálneho poškodenia, ale o súvislosti psychických *zážitkov plodu, teda prežívania* toho, čo eventuálne spôsobilo nejaké biologické poškodenie.

K týmto poznatkom nám dnes pomáhajú moderné výskumy vedomia, hlavne výskumné a terapeutické využitie zmenených stavov vedomia, kde respondent často znovuprežíva sekvencie zážitkov súvisiacich s týmito perinatálnymi traumami. A dokončuje psychologickú prácu na jej prijatí a integrácii (Grof, 2000).

Napríklad ak žena prežíva tehotenstvo ako stresovú záležitosť, či už z akýchkoľvek dôvodov, prenáša tieto informácie a prežitky stresu i na plod. Ak matka začne užívať na utlmenie stresu nejaké tlmivé látky z lekárne (doslova legálne drogy), prenesie sa tento vzorec i na plod. Taktiež „utlmováky“ počas pôrodu. Vzorec bude akoby “čakať” na svoje oživenie v období postnatálnom. Po aplikácii podobne pôsobiacej látky zažije potomok síce nový, ale zároveň už dávno poznaný efekt a síce – že na diskomfort fyzický, či psychický sa dá reagovať niečím, čo vyvolá opak – zjemnenie či odstránenie diskomfortu a navodenie príjemného prežívania až eufórie. *Pozitívna spätná väzba môže rýchle posilňovať vznik návyku.*

Významné faktory sú ešte – úroveň postnatálnej starostlivosti – o harmonický vývin dieťaťa. Primeraná stimulácia počas senzitívnych období. Podpora v období dospievania, v kríze hľadania novej identity.

Z psychologických faktorov je to celá rada tých, ktoré vznikajú ako dôsledok abúzu látky a posilujú obvykle ďalší abúzus – čím smerujú jedinca k závislosti. Napríklad alkohol má anxiolytický účinok – antidepresívny na začiatku užívania. Neskôr sa však sám stáva príčinou depresívnych a úzkostných stavov vedomia, ktoré stimulujú ďalšie pitie. Zacyklenosť.

Ku vzájomne pospájaným aspektom (bio-psycho-socio-kultrne-spirituálnym) treba prirátať zo psychických i tie faktory, ktoré tvoria akúsi *vulnerabilitu* jedinca k závislosti. Patrí sem nízka sebakontrola a sebaovládanie – čo súvisí so slabučkou vôľou. Takýto jedinec (napríklad sa neovládne ani pri načatej čokoláde, či pri dodržiavaní basic povinností) má značné predpoklady stať sa závislým na čomkoľvek (facebook, mobil, internet, sex, moc, ale i látkové záležitosti – od cukru až po kokaín). Taktiež z psychických faktorov musím spomenúť slabé, nestabilné a neusporiadané hodnoty, prípadne kríza identity, či osobnostné moratórium.

Sociálna úroveň

Podľa Steliara (2004) sa sociálna úroveň zameriava sa na kontext „v ktorom sa všetko deje.“ Veľmi hrubo povedané – všima si vplyvov vzťahov s okolím, ktoré formuje zrenie jedinca, prípadne toto zrenie brzdí či deformujú. Tieto vplyvy zahŕňujú širokú škálu od najobyčajnejších okolností ako je rasová príslušnosť, spoločenský status rodiny, úroveň sociálneho zaistenia a konkrétnejšie ovplyvňovania. Inak formuje človeka život na pokojnej dedinke, inak vo veľkomeste. Dôležitý je *attachment* – ktorý vplýva na vývin afektívnej a sociálnej zložky človeka ale tiež na morálny prvok. Iné je dospievať v rozhádanej rodine iné v roztomilej, usporiadanej harmónii s jednorožcami a dúhou.

Významný faktor prostredia vplývajúci na rozhodnutie experimentovať s drogami alebo ich užívať je i *vplyv partie* (pre mladých ľudí sú príznačné silné afiliačné tlaky). Pôsobí jednak cez modelové správanie členov partie užívajúcich drogy a s tým súvisiace normy užívania drog v partii, a jednak vytváraním priameho tlaku na člena partie pod hrozbou vylúčenia zo skupiny či postavenia mimo sociálnej aktivity skupiny. Obzvlášť pre mladého človeka je vplyv partie, pocit, že niekam patrí, silne motivujúci činiteľ (Šteliar, 2004).

Kalina (Kalina, 2003) prizvukuje, že špecifický problém nastáva, keď dieťa vyrastá v tesnej blízkosti závislých osôb. Je konfrontované s braním drog, či pitím alkoholu ako s bežnou normou. Napríklad abúzus alkoholu jedného z rodičov je zatajovaný a preznačkový – akási tabuizovaná téma. „Tatinko je unavený a prepracovaný“. Nie roztrieskaný. Život so závislým

znamená žiť dysfunkčné vzťahy, byť vystavený prudkým zmenám nálad a postojov (podľa toho, či je závislý momentálne intoxikovaný, alebo „odčíňuje“ svoje skutky v dobe triezvosti). Byť vystavený sľubom, ktoré nemajú naplnenia, byť vystavený nepredvídateľnosti najbližších hodín. Časté sú zneužitia fyzické a emočné. Často aj spôsob adaptácie dieťaťa na takéto spolužitie vykazuje tiež patológiu – vytvára väzby, ktorým sa hovorí **kodependencie** – závislosť na druhom. A často sa v ďalšom vývine kodependent dostáva sám k abúzu – ako k spôsobu pseudoadaptácie a zároveň možnosti, ako dočasne zmierniť svoje utrpenie.

Aplikačná časť

MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. A KOL. (2015). *Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15- ročných školákov*. Vydala Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2015, ISBN: 978-80-971997-1-5 dostupné na http://www.coherent.sk/docs/hbsc-narodna-sprava-2013_2014_final.pdf 11. novembra 2015

Introduction: Prieskum sa realizuje periodicky každé 4 roky od roku 1993 – jeho autorom je Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (WHO/EU) a v súčasnosti sa ho zúčastňuje 44 krajín. Štvorročné intervaly sa ukázali ako vhodné na kontinuálne mapovanie širokej škály aspektov zdravia a postojov k nemu u vybranej mladej generácie tej ktorej krajiny.

(Mňa HBSC testovanie zastihlo ako siedmaka na základnej škole). Výsledkom projektu je Národná správa (zaslaná v plnom znení), ktorá sa dá porovnať s národnými správami iných krajín, čím dochádza k porovnaniu sledovaných parametrov, z čoho sa dajú odvodiť ako aj špecifické či spoločné charakteristiky, tak i celkové trendy v myslení a správaní mladej generácie.

Na základe výsledkov sa dajú vypracovať postupy a programy, prípadne celonárodné politiky a intervencie v oblasti zdravia mladých ľudí.

Metódy a ciele: Cieľom štúdie je monitorovať zdravie, so zdravím súvisiacim správaním školákov v ich sociálnom kontexte. Zároveň bolo cieľom prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a rizikovom správaní školákov. Štúdia je prierezová, ale svojim dizajnom umožňuje vytvárať harmonizované dátové súbory, ktoré ponúkajú možnosť porovnania medzi krajinami. Dáta boli zbierané formou anonymného dotazníka, ktorý bol administrovaný v školských triedach tímom školených administrátorov. (To bola moja abolyventská prax, zákl. školy na západnom Slovensku.)

Vzorka sa vyberá v súlade so štruktúrou vzdelávacieho systému v danej krajine. Podmienka je prierezové náhodné reprezentatívne vybratie škôl tak, aby každá časť regionu mala svoje zastúpenie. Ide o deti 11, 13 a 15 ročné.

Dotazník je obsiahly a zaoberá sa takými oblasťami ako je: životná spokojnosť, zdravotné ťažkosti, nadmerné užívanie liekov, spánkové zvyklosti, úrazy. Z nutričného zdravia skúma konzumáciu ráno, na obed, večer a kvalitu stravy. Hygienu a telesnú hmotnosť. Skúsenosti s fajčením tabaku, konopy a pitia alkoholu. Postoje k týmto látkam medzi rovesníkmi. Rolové správanie signifikantnej osoby k užívaniu danej látky. Voľnočasové aktivity ako je pravidelná fyzická aktivita, sledovanie TV, trávenie času pri PC a sociálnych sieťach. Spoločne strávené aktivity s rodičmi. V sekcii Rovesníci skúma vzťahy medzi nimi, vnímanú popularitu, subkultúry, sexualitu, násilné správanie a šikanu. Skúmal sa i školský výkon, stres v škole, aspirácie a postoj k vzdelaniu a iné.

Výsledky: Moja seminárna práca sa venuje závislostiam a užívaniu – v kultúre integrovaných – drog. Preto vo výsledkoch spomeniem hlavne závery z tejto sekcie. Vek detí, ktoré začínajú s fajčením tabaku klesá. Medzi rovesníkmi sú postoje ohľadom cigariet etablované tak, že „je ok keď spolužiaci fajčia“. Ukazuje sa, že ak fajčí alebo popíja alkohol najlepší priateľ, otec, alebo matka (signifikantné osoby), tak sa zvyšuje šanca že bude danú látku užívať aj dieťa. Vek konzumácie alkoholu sa znižuje a drvivá väčšina detí považuje pitie alkoholu za samozrejmé, bežné. Ako súčasť zábavy. Paradoxne viac dievčatá mali pozitívne postoje ku konzumácii alkoholu. (až 80% 15 ročných si myslí, že „je ok keď spolužiaci pijú alkohol“.) Čo sa týka užívania látok z rastliny konopy – ktorá je podľa výskumov menej škodlivá než alkohol (Miovský a kol., 2008) – tak tá je v našej republike na vzostupe. No stále dosahujeme našťastie iba polovičné čísla oproti českému národu.

Limity: Limity vidím v tom, že dotazníková metóda nepatrí medzi najobjektívnejšie. Ja som z tried pedagogičky „odpratal“, aby mali deti viac voľnosti pri vyplňaní dotazníkov, no údajne niektorí administrátori pedagogičky v triede nechali a tie klasicky migrovali pomedzi lavice a nazerali deťom do dotazníkov..... myslím, že ide o závažné narušenie zberu dát, pretože deti mohli byť inhibované (otázky o menštruácii, či vzťahoch doma, postojom ku škole, atd) a neodpovedať objektívne, ale sociálne žiadúco.

Limit vidím i v tom, že sa údaje zberali počas školy – väčšina detí teda bola „okradnutá“ o obľúbený predmet a namiesto toho museli vyplňať veľmi osobné dotazníky. Istú satisfakciu mohli dosiahnuť tým, že dotazník „odflákli“ – musel som vyradovať dotazníky detí, ktoré evidentne narýchlo všetko zaškrtali, „aby to mali za sebou“, prípadne označovali

výhradne prvú možnosť. Limit vidím i v tom, že v triede je istá hierarchia medzi deťmi, ktoré pochopiteľne reagovali na niektoré otázky počas vyplňania dotazníku (niekedy s cieľom byť vtípný, inokedy iba s cieľom narušiť priebeh hodiny) a „nálepkovali“ dané otázky na niektorých spolužiakov – zrejme interné vtípky triedy. Musel som krotiť vášne spolužiakov, ktorí začali pri otázkach o šikane ... prakticky šikanovať toho, čo sedel pred nimi. – inými slovami deti mohli byť inhibované a ovplyvňované pri vyplňaní tak osobných údajov aj vlastnými rovesníkmi (napr. „síce alkohol nepijem, ale chcem patriť medzi tie cool deti, tak vyplním, že alkohol konzumujem, ten čo sedí vedľa mňa to uvidí a povie to ostaním a stúpne mi soc. status.“)

K limitom by som priradil i fakt, že na juhu západného slovenska bola číra jazyková bariéra, kedy žiaľ detičky nerozumeli čo sa vlastne od nich chce. Dotazník bol v slovenčine. (Niektoré školy napr. v okrese Galanta sú síce bilingválne, no niektoré deti tam jednoducho po slovensky nevedia. Bývam tam.)

Medzi limity by som zaradil i fakt, že dotazník bol síce v troch verziach (11 – 13 – 15 roční) no otázky a výroky v nich písané – neboli niekedy prekonvertované do chápania a mysle daného ročníku. Jednoducho boli pre nich niektoré výroky a otázky nepochopiteľné a nevedeli ako reagovať.

BOGENSCHUTZ, M., & JOHNSON, M. (2015). Classic hallucinogens in the treatment of addictions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 250-258.

Introduction: Závislosti patria medzi bežné a veľmi devastujúce fenomény, ktoré majú kruté individuálne a sociálne dôsledky. Súčasný prístup a metódy liečby sú prinajlepšom... priemerne efektívne. Doteraz nepoznáme presné mechanizmy vzniku závislosti a práve preto by sme sa mali venovať i tým kontroverznejším prístupom, ktoré majú možno kultúrno-morálne otázky, no hlavne majú hmatateľné výsledky v liečbe a jej efektívite.

Po mnohých rokoch prohibície a zákazu výskumu psychedelík (klasických halucinogénov, novší názov: entheogénov = „generating the divine within“) prichádza konečne renesancia výskumu v tejto oblasti. Ukazuje sa potenciál v klinickom užití psychedelík (klasických primárne prírodných halucinogénov) v liečbe závislostí a iných behaviorálnych porúch.

V tejto štúdií autori ponúkajú rozsiahly prehľad oboch historických tak i súčasných klinických výskumov užitia psychedelík v kotenxte psychoterapie a liečby rôznych mentálnych porúch.

Metoda a cieľe: Autori si stanovili za cieľ objektívne informovať o kontroverznej oblasti. Ponúkli pestrý prehľad minulých i nedávnych výskumov v oblasti psychedelík v kontexte

psychoterapie. Vzhľadom na to, že OSN celosvetovo zakázalo akékoľvek výskumy (ktoré sú možné iba po niekoľkoročnej prehnane divokej byrokratickej jazde iba v ultra liberálnych krajinách) autori nerobili konkrétny experiment s použitím látok (o takých výskumoch viz text a štúdie nižšie), ale veľmi koherentne vysvetlili a poukázali na signifikantný vplyv a účinok týchto látok v interakcii s ľudskou CNS a vedomím.

Výsledky: Konečne sa do popredia dostáva dlhodobo ingorovaná a prehliadaná oblasť ľudskej psyché – *spirituálna* sféra. Autori akcentujú zvláštny jav – peak experience – mystický prežitok počas správne dodržaných viacerých podmienok pred a po užití psychedelík. Tento prežitok hrá abnormálne epickú úlohu pri zbúraní konštruktov a mentálnych reprezentácií daného človeka a pri liečbe maladaptívnych javov a hlavne je dokázaný navýšený well-being. Tento prierez, či mini metanalýza podčiarkuje významný vplyv a potenciál týchto látok do budúcnosti pre ľudský druh. Autori si uvedomujú potrebu ďalšieho skúmania (postupne sa legislatíva uvoľňuje a výskum bude možný, - to hlavne vďaka prácam autorov, ktorých citujem v nasledujúcej časti).

Limity: Keďže šlo o čisto teoretickú prácu, tak štúdia neponúkla nový náhľad na problematiku ani nepriniesla nový výskum s kontrolnou skupinou. Skôr iba zmapovala to, čo všetci v danej oblasti vedia, no čo mainstream netuší.

Mechanizmus psychedelík a najvýznamnejší autori a štúdie

Rozhodol som sa doplniť seminárnu prácu o túto časť ako istú formu kompenzácie, keďže moja druhá štúdia nerobí konkrétny výskum so vzorkami a kontrolnou skupinou, ale „iba“ mapuje významnú ale prehliadanú oblasť.

V súčasnosti prebieha renesancia psychedelického výskumu, ktorý má sľubné – i keď kontroverzné – výsledky. Jedná sa o aplikáciu rôznych psychoaktívnych molekúl – drog (zo skupiny psychedelík) v terapeutickom procese v kontexte rituálu. Tieto rituály, počas ktorých trvá zmenený stav vedomia niekoľko hodín, vyvolajú v človeku hlboký intenzívny prežitok, ktorý AK je dobre ošetrený v zmysle pripraveného prostredia (a teda prichádzajúcich podnetov, stimulov do pozmeneného vedomia z daného prostredia) a zároveň je vedený skúseným terapeutom a facilitátorom, tak môže tento intenzívny prežitok, ktorý vrcholí mystickým zážitkom - v človeku zanechať hlbokú stopu, ktorá signifikantne mení postoj klienta k sebe samému, k životu ako takému, k problémom minulosti a výzvam budúcnosti. *Dokáže zanechať navýšený well-being* (meraný ako dotazníkmi pred a po seancii u spomínaných klientov, tak potvrdený u najbližšej rodiny a známych). Prežitok umožní klientovi nazerať na problematiku „out of the box“. Intenzívny prežitok klienta rozcyklí z naučenej bezmocnosti, či iných maladaptívnych zacyklených deštruktívnych vzorcov správania a v príjemnom prežitku

(psychedelikum vyplaví serotonín a dopamín) mu umožnia nahliadnúť na problematiku z inej strany. Pomôžu k dekonštrukcii chybných a falošných konštruktov o sebe samom, o vzťahoch, o svete a kultúre ako takej. Sú potvrdené spirituálne prežitky a navýšený well-being smerujúci k sebaaktualizácii. Samozrejme sa to týka aj liečby závislostí.

V podstate silný mystický prežitok prameniaci zo syntézy farmakológie (drogy) a terapeutického prístupu dokáže signifikantne zlepšiť mnoho patologických javov. Od depresie až po závislosti. Nižšie sú spomínané i štúdie o zlepšení stavu PTSD klientov, ktorí sú rezilientní na všetky dostupné známe liečby. Taktiež štúdie o nepredstaviteľnej úzkosti pri pacientoch v záverečnej fáze rakoviny (pár mesiacov pred smrťou), kedy psychedelická terapia umožnila vysporiadať sa s minulosťou, rodinou a zmieriť sa s nadchádzajúcou smrťou. Odstránená úzkosť. (Uvedomme si ako naša kultúra nazerá na smrť a ako starých ľudí odkladáme na perifériu záujmu. Aká úzkosť sa musí formovať v ich prežívaní? A ako taká úzkosť u odsunutých ľudí graduje, keď vedia že sa blíži ich koniec?).

V Čechách sa tomuto intenzívne venuje napríklad doktor Páleníček z Národního institutu duševního zdraví, kde momentálne administrujú psychedelickú dávku participantom s cieľom zistenia zanechaných črt na osobnosti. Nadväzujú tak na dlhodobý a celosvetovo významný výskum ČSSR v oblasti psychedelík. Musím spomenúť prácu docenta Nevolena o meskaline. Docentra Roubíčka a jeho experimentálne psychózy s LSD. Vyššie spomínaný psychiater Stanislav Grof (autor tzv. holotropného dýchania). Či psychoterapeutov doktora Dostála a Hausnera.

Nasleduje zopár štúdií, z ktorých pramenia predchádzajúve výroky v tejto časti seminárnej práce:

BOGENSCHUTZ, M. (2013). Studying the Effects of Classic Hallucinogens in the Treatment of Alcoholism: Rationale, Methodology, and Current Research with Psilocybin. *Current Drug Abuse Reviews CDAR*, 17-29.

BOGENSCHUTZ, M., & JOHNSON, M. (2015). Classic hallucinogens in the treatment of addictions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 250-258.

CARHART-HARRIS, R., LEECH, R., WILLIAMS, T., ERRITZOE, D., ABBASI, N., BARGIOTAS, T., . . . NUTT, D. (2012). Implications for psychedelic-assisted psychotherapy: Functional magnetic resonance imaging study with psilocybin. *The British Journal of Psychiatry*, 238-244.

CURRAN, H., CARHART-HARRIS, R., NUTT, D., & FERGUSON, B. (2015). S.25.02 Effects of MDMA on self-referent encoding and personal memories: Implications for its use in PTSD. *European Neuropsychopharmacology*.

DOBLIN, R. (1987). *Psychedelics and experimental mysticism: Dr. Pahnke's Good Friday experiment*. Sarasota, FL: University of South Florida.

GARCIA-ROMEU, A., GRIFFITHS, R., & JOHNSON, M. (2015). Psilocybin-Occasioned Mystical Experiences in the Treatment of Tobacco Addiction. *Current Drug Abuse Reviews CDAR*, 157-164.

GRIFFITHS, R., RICHARDS, W., MCCANN, U., & JESSE, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 268-283

GROB, C., DANFORTH, A., CHOPRA, G., HAGERTY, M., MCKAY, C., HALBERSTADT, A., & GREER, G. (2011). Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced-Stage Cancer. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 71-71

JOHANSEN, P., & KREBS, T. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal of Psychopharmacology*, 270-279.

KREBS, T., & JOHANSEN, P. (2008). No Evidence of Decrease in Cognitive Function in Users of Low-Dose Ecstasy. *Arch Gen Psychiatry Archives of General Psychiatry*, 236-236.

KREBS, T., & JOHANSEN, P. (2012). Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 994-1002.

KRUPITSKY, E. M., BURAKOV, A. M., DUNAEVSKY, I. V., ROMANOVA, T. N., SLAVINA, T. Y., & GRINENKO, A. Y. (2007). Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence. *Journal of psychoactive drugs*, 39(1), 13-19.

MITHOEFFER, M., WAGNER, M., MITHOEFFER, A., JEROME, L., & DOBLIN, R. (2011). Safety and Efficacy of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-Assisted Psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 439-452.

MORENO, F., WIEGAND, C., TAITANO, E., & DELGADO, P. (2006). Safety, Tolerability, and Efficacy of Psilocybin in 9 Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *J. Clin. Psychiatry The Journal of Clinical Psychiatry*, 1735-1740.

NUTT, D., KING, L., & PHILLIPS, L. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 1558-1565. dostupné na http://www.researchgate.net/publication/47635105_Nutt_DJ_King_LA_Phillips_LD_Drug_harms_in_the_UK_a_multicriteria_decision_analysis._Lancet_376_1558-1565 (11. decembra 2015)

OEHEN, P., TRABER, R., WIDMER, V., & SCHNYDER, U. (2012). A randomized, controlled pilot study of MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 40-52.

THOMAS, G., LUCAS, P., CAPLER, N., TUPPER, K., & MARTIN, G. (2013). Ayahuasca-Assisted Therapy for Addiction: Results from a Preliminary Observational Study in Canada. *Current Drug Abuse Reviews CDAR*, 30-42.

WILCOX, J. (2014). Psilocybin and Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 393-395.

Limity týchto štúdií (všetky mám vo fulltextovej verzii) vidím v značnej byrokracii, ktorou sa autori musia popasovať, aby im bolo vôbec umožnené (aj to iba v značne liberálnych krajinách) skúmať tieto fenomény v aspoň ... oklieštenej forme. Limity vidím i v nedostatočne uchopených premenných. Ono totiž samotná látka nezapríčiňuje intenzívny prežitok a potom „vyliečenie“. Psychedelikum je iba kľúč, ktorý prežitok *odmokne*. Ide primárne o *set and setting* - faktory intrapersonálne a interpersonálne – o to ako jedinec dokáže *integrovat'* ten silný prežitok. A taktiež o prostredie, ktoré bude „spammovať a chrliť“ podnety v zintenzívnenom vnímaní a vedomí. Dostávame sa tu k veľmi subjektívnym premenným. Taktiež je dôležitou premennou *prístup* terapeuta a jeho jemná interakcia s klientom, ktorý je práve na LSD počas terapie a kedy klient intenzívne mnohonásobne vynásobene *znovuprežíva* ...všetko. Prístup a osobnostné premenné terapeuta teda hrajú významnú úlohu a to sa objektívne štatistickými šablónkami ošetriť nedá.

Limity vidím taktiež v kultúrnych a morálnych otázkach. Napríklad slovenský kultúrny ultrakonzervatívny mindset neumožňuje venovať sa tejto problematike bez jasne negatívnych konotácií. Participanti ale i kolegovia by mali dopredu pravdepodobne skeptický postoj, ktorý by dokázal významne skresliť psychedelickú terapiu, či akýkoľvek výskum v tejto kontroverznej oblasti (i keď by tendencia vedcov mala byť: „svietiť svetlom poznania do tabuizovaných kútov spoločnosti.... a búrať predsudky“.)

Kultúrna minulosť tej ktorej krajiny výskumníkov z vyššie spomínaných štúdií jasne ovplyvňovali výsledky štúdií. Napríklad USA kde bola éra hippies a kde je hedonizmus na vyššej úrovni ako u nás, jasne umožňuje tieto fenomény skúmať benevolentnejšie a i participanti sú v týchto krajinách otvorenejší týmto novým „šak to sú feťácke veci“ prístupom.

Taktiež vidím limity vo vzorkách. Niektoré štúdie (kvôli politickým, byrokratickým ale i kultúrnym dôvodom) operovali iba s malými vzorkami, ktorých výsledky sa teda rozhodne nedajú generalizovať na celú populáciu a už rozhodne nie na celý ľudský druh.

Limity vidím i v niektorých metódach. Chápem, že etické komisie len veľmi nerady umožnia výskum typu „narveme do nie subhumánnej bytosti, ale do človeka drogu a uvidíme či sa splní hypotéza XY“. I keď viaceré štúdií potvrdzuje pozitívne a relatívne bezpečné účinky a zanechané stopy v človeku – tak stále tu máme istý kultúrny a rigidný bias.

Faktory hrajú určite aj „egíčka“ etických komisií, ktoré z princípu nechcú spraviť potenciálne faux pas a „odklepnúť“ niečo, za čo by mohli byť v budúcnosti žalovaní a odstránení od „korýtka“ prípadne čo by mohlo viesť k ich akademickému debaklu. (+ veľa univerzít je žiaľ previazaných s politickou mocou, kedy vláda nemusí mať tendencie podporovať výskum, ktorý by mohol naštrbiť presadzované hodnoty vlády – napríklad premiér Róbert Fico v roku 2002 písal blog ako je potrebné zjemniť tresty za držbu konopy. Keď člen nášho občianskeho združenia predložil pred 2 rokmi dekriminalizačný zákon – tak si vláda spravila prieskum a zistili, že ich voličská základňa moc „feťácku trávu“ nemusí a že by prišli o 5% preferencií a ohrozili by si korýtko / tunnelhobby. Legislatíva sa teda nemení, výskumy sa nekonajú a za čechmi v tejto oblasti zaostávame na svetelné roky naďalej. How pathetic.)

Keďže sa ukazuje podľa nižšie citovaných štúdií akútne navýšenie užívania opioid pain releavers a s tým spojené problémy v zdraví fyzickom i psychickom, považujem za podnetné hovoriť i o tejto forme liečby (psychedelickej) – ktorá podľa vyššie citovaných štúdií, dokáže liečiť i závislosti a suicidálne tendencie ľudí trpiacich kvôli „legálnemu kokaínu a heroínu“ (pretože „požehnanie“ korporácie a efektu „bieleho plášt'a authority“). Považujem za dekadentné a pokrytecké, že na jednu stranu tu máme represiu prírodných látok relatívne bezpečných s lekársym potenciálom a na strane druhej, tu korporácie chrlia antidepresíva a SSRI tabletky pre bežnú populáciu, kvôli bežnému distresu, ako na bežiacom páse...

ZULLIG, K., DIVIN, A., WEILER, R., HADDOX, J., & PEALER, L. (2015). Adolescent Nonmedical Use of Prescription Pain Relievers, Stimulants, and Depressants, and Suicide Risk. *Substance Use & Misuse*, 1-12.

PARKER, M., & ANTHONY, J. (2015). Epidemiological evidence on extra-medical use of prescription pain relievers: Transitions from newly incident use to dependence among 12–21 year olds in the United States using meta-analysis, 2002–13. *PeerJ*. Dostupné z <https://peerj.com/articles/1340.pdf> (12. decembra 2015)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011) : *Vital sings: overdoses of prescription opioid pain relievers – United States, 1999-2008*, Nov 4;60(43):1487-92. dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22048730> (12. decembra 2015)

WARNER M, CHEN L, MAKUC D. *Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999--2006*. NCHS Data Brief. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009.

Záver

Pokúsil som sa chabo natieniť tak komplexný fenomén ako je závislosť. Snažil som sa o ako-tak koherentný pohľad na problematiku využívajúc aktuálny bio-psycho-socio-kultúrne-spirituálny model ľudskej psyché.

Ľudský druh sa rôznymi spôsobmi snažil meniť svoje vedomie od pradávna. Z rôznych motivácií a za rôznymi účelmi. V súčasnosti ale musí náš druh čeliť dominancii Západnej „civilizovanej“ konzumnej spoločnosti, ktorá žiaľ akcentuje hedonizmus a ultrakonzum. V takom kontexte jasne za posledné desaťročia narastá aj užívanie rôznych substancií, ktoré môžu viesť k vytvoreniu závislosti a iných patologických porúch. Problém je, že sa prastaré rituálne užívanie látok, ktoré mali *nejaký cieľ* a obohatenie, zvrtilo na sprosté zneužívanie týchto látok na lacinné „roztrieskanie sa“ bez nejakého hlbšieho významu.

Keďže vždy existovalo a vždy bude existovať % ľudskej populácie, ktorá bude vyhľadávať zmenené stavy vedomia (a z nich nejaké % bude vyhľadávať ľahšiu a rýchlejšiu cestu v podobe drog), tak navrhujem dekriminalizovať prípadne legalizovať niektoré drogy z nasledujúcich dôvodov:

70% ľudí obžalovaných v kontexte drog - tvorí držba konope (teda nejde o porušovanie zákona, predávanie, ubližovanie, ničenie, ale o VLASTNENIE kvetinky vo vaku). Abnormálne finančné prostriedky by boli ušetrené, kebyže sa nechytajú koncoví užívatelia a pramalé ryby. Týždenne sa objavia na trhu dve nové drogy o ktorých vieme totálne nič a ktoré predstavujú abnormálne riziko. Čierny trh neoperuje s citom spolupatričnosti ale hlavnou hodnotou je profit. Dealera nezaujíma vek a zrelosť CNS dieťaťa ani čistota a bezpečnosť drogy, ktorú ponúka.

Pri legalizácii by sme jednak ušetrili peniaze daňových poplatníkov, ktoré sú premrhané na chytenie neškodných trávičkárov, zároveň by regulovaný trh (ako v prípade alkoholu) generoval ZISKY, ktoré nemôžeme nechať oPENTAť, ale ktoré by sme nasmerovali do školstva ako prevenciu a objektívne informovanie a edukáciu.

Legalizácia by odstránila i neprehľadné a nebezpečné neznáme drogy, pretože by sa jedinci vyhľadávajúci zmenený stav vedomia mohli spolať na čistotu látky bez prímiesí (znížené riziko poškodenia tkaniva takmer na nulu) a zároveň by sme nasmerovali teda dané % spoločnosti bažiacej po látkových Meničoch vedomia na látky – o ktorých už máme vedecké poznatky a vieme ako s nimi operovať...

Taktiež vplyvom edukácie a nových poznatkov z výskumu (ktorý by bol konečne umožnený vďaka dekriminalizácii, či legalizácii) – by sme mohli nasmerovať spomínané % spoločnosti bažiacej po Meničoch tým smerom, ktorý by nebol deštruktívny. Teda nech neužívajú narkotiká, opiáty, amfetamíny.... ale keď už, tak nech idú cestou psychedelík, ktoré by v nich naopak mohli zanechať pozitívnu stopu... ako dokladajú štúdie v Aplikáčnej časti.

Použitá literatúra:

- ATKINSON, R.; HILGARD, M. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. Vyd. Praha : Portál, ISBN 978-80-262-0083-3.
- BARGH, J. (2007). Social psychological approaches to consciousness. In P. D. Zelazo, M. Moscovitch. *The Cambridge handbook of consciousness* (pp 555-570). New York: Cambridge University Press.
- DUŠEK, K., JANÍK, A. (1990). *Drogy a spoločnosť*, Bratislava: Vydavateľstvo Osveta, 1990, str. 135
- GRANT JD, SCHERRER JF, LYNSKEY MT a kol. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med*. 2006; 36(1):109- 118
- GROF S. (2000). *Psychology of the Future*. State University of New York, N. Y., 2000
- HARNER, M.J. (ed.), (1973). *Hallucinogens and Shamanism*. Oxford: Oxford University Press.
- HUNT, M. (2000). *Dějiny psychologie* (Vyd. 1. ed.). Praha: Portál. 2000
- KALINA, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (1. vyd. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- KIHLSTROM, J. F. (2007). Consciousness in hypnosis. In P. D. Zelazo, M. Moscovitch, *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 445-479). New York: Cambridge University Press.
- La Barre, W., (1972). *The Ghost Dance: Origins of Religion*. New York, NY: Delta.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. A KOL. (2015). *Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15- ročných školákov*. Vydala Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2015, ISBN: 978-80-971997-1-5 dostupné na http://www.coherent.sk/docs/hbsc-narodna-sprava-2013_2014_final.pdf 11. novembra 2015
- METZNER, R. (1999). *Green psychology: Transforming our relationship to the earth*. Rochester, Vt.: Park Street Press., 1999
- NEŠPOR K., CSÉMY L. (1996). *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum Praha, Portál Praha, 1996
- NEŠPOR, K. (2000). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 1. ed.). Praha: Portál.
- NOCIAR, A. (2009). *Drogové závislosti (skriptá)*. Bratislava, VŠZaSP Sv. Alžbety, 2009, s. 123
- NOCIAR, A. (2004). *Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže*. Bratislava, Veda, 2004.
- NOVOMESKÝ, F. (1996). *Drogy*, Martin: Alfa Print, 1996, s. 14
- OTT, J., (1993). *Pharmactheon: Entheogenic Drugs, their Plant Sources and History*. Kennewick, WA: Natural Products, 1993.

- ROTGERS F. A KOL. (1999). *Léčba drogových závislostí*. GRADA Publishing, Praha 1999
- ŘÍČAN, P. (2006): *Spiritualita jako základ mravní výchovy*, Praha: Portál, 2006.
- SHANON, B., (2003). *Altered States and the Study of Consciousness: the Case of Ayahuasca*. Journal of Mind and Behavior 24: 125–54.
- SCHULTES, R.E. AND HOFMANN, A., (1992). *Plants of the Gods: Their Sacred, Healing and Hallucinogenic Powers*. Rochester, VT: Healing Arts Press. 1992
- SMITH, H., (2000). *Cleansing the Doors of Perception: The Religious Significance of Entheogenic Plants and Chemicals*. New York, NY: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) findings on drug-related emergency department visits. The DAWN Report. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2010. Available at <http://oas.samhsa.gov/2k10/dawn034/edhighlights.htm>
- ŠTELIAR, I.:(2004). *Čo viete o drogách?* Bratislava: Generálny sekretariát ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog, 2004
- The state of the drugs problem in Europe. Annual report. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009
- WASSON, R.G., KRAMRISCH, S., OTT, J., AND RUCK, C.A.P., (1986). *Persephone's Quest: Entheogens and the Origins of Religion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- WEIL A. (1972, rev. 2004) *The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness*
- WHO global report (2012).: *mortality attributable to tobacco*. Geneva, World Health Organization.
- WHO *Report on the Global Tobacco Epidemic*, (2013): Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013.
- WINKELMAN, M., (2000). *Shamanism: The Neural Ecology of Consciousness and Healing*. Westport, CT: Bergin & Garvey