

BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOSTI: KLASIFIKACE, FENOMENOLOGIE, PREVALENCE A TERAPIE

souborný článek

Jaroslav Vacek
Petra Vondráčková

Univerzita Karlova,
1. lékařská fakulta, Klinika
adiktologie, 1. LF UK v Praze a VFN
v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Jaroslav Vacek
Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze
a VFN v Praze
Apolinářská 4
128 00 Praha 2
e-mail: vacek@adiktologie.cz

Text vznikl díky institucionální
podpoře Univerzity Karlovy v Praze
v rámci programu PRVOUK
P03/LF1/9.

SOUHRN

Vacek J, Vondráčková P. Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie

Chování, které přináší okamžité uspokojení, má tendenci být opakováno. Při častém opakování se pak z dlouhodobého hlediska stává zvykem či návykem i navzdory tomu, že má negativní následky. V posledních desetiletích je v psychiatrické literatuře trend rozšířit pojem závislost z látkových závislostí i na behaviorální (nelátkové) závislosti. Tento trend je mimo jiné reflektován i v nedávno vydané DSM-5 a v připravované MKN-11. Důvodem pro společnou klasifikaci těchto poruch je skutečnost, že sdílejí některé společné znaky, které lze rozdělit do čtyř základních oblastí: genetické, neurobiologické, osobnostní a klinické charakteristiky. Zároveň vykazují vysokou míru vzájemné komorbidity, přibližně u třetiny až poloviny osob trpících některou nelátkovou závislostí je také diagnostikována jiná látková či nelátková závislost. V rámci terapie behaviorálních závislostí se využívají podobné postupy jako v rámci léčby látkových závislostí. Nejvýraznější rozdíl v léčbě látkových a behaviorálních závislostí je ve stanovení cíle léčby v podobě kontrolovaného užívání, protože s výjimkou patologického hráčství jde často o aktivity, které jsou běžné a někdy i životně důležité, a proto není zcela možné si za léčebný cíl zvolit úplnou abstinenci. Hledání podobností autoři uzavírají tvrzením, že lidé se stávají závislými ne přímo na droze či určité

SUMMARY

Vacek J, Vondráčková P. Behavioral addiction: classification, phenomenology, prevalence and therapy

Behavior that brings instant gratification tends to be repeated. Despite its negative effects, frequent repetition in the long run becomes a habit or addiction. In recent decades there is the trend to extend the term substance addiction to behavioral (non-substance) addiction in the psychiatric literature. This trend is also reflected among other things in the recently released DSM-5 and the upcoming ICD-11th. The reason for the common classification of these addiction groups is the fact that they share some common features which can be divided into four basic areas: genetic, neurobiological, personality, and clinical characteristics, as well as high common comorbidity (approximately one third to one half of people suffering from behavioral addiction show symptoms of substance addiction). In the treatment of behavioral addictions are used similar interventions as in the case of substance addictions. One fundamental difference is in the goal of therapy. With the exception of pathological gambling behavioral addictions are often activities that are common and sometimes vital, so it is not entirely possible to choose a therapeutic target of total abstinence. Finding similarities authors conclude that people become addicted not directly to some substance or to particular behavior, but to experiences, to which they lead to, and

tém chování, ale na prožitcích, které jsou jimi vyvolány, a ty jsou v mnoha ohledech totožné. Zdá se, že existuje pouze jedna závislost, kterou lze v chování generalizovat jako dysharmonii, redukci sebe sama na jediný princip, kdy štěstí pramení pouze z uspokojování jediné potřeby, z určitého chování či vztahování se k nějakému objektu, které dává zapomenout na starosti.

Klíčová slova: behaviorální závislosti, komorbidita, terapie, diagnostika.

which are in many respects identical. It seems that there is only one addiction that can be generalized as a disharmony, reducing itself to a single principle, under which happiness comes only from satisfying one need, a certain behavior or of relating to an object that makes forget the worries.

Key words: behavioral addiction, comorbidity, therapy, diagnosis.

ÚVOD

Vedle závislosti na psychoaktivních látkách se v psychiatrické literatuře začal od 80. let minulého století stále častěji objevovat pojem nelátkové nebo behaviorální závislosti.¹ V této souvislosti se mezi psychiatry a psychology mluví o závislosti na hazardu,^{2,3} závislosti na internetu,⁴⁻⁷ závislosti na jídle⁸ nebo závislosti na sexu.⁹ V některé odborné literatuře se lze setkat i s takovými kuriozitami, jako je závislost způsobená požíváním mrkve,¹⁰ závislost na čokoládě,¹¹ závislost na tělesném cvičení,¹² nebo závislost na opalování.¹³ Reakcí na tuto skutečnost je silící snaha klinických i akademických pracovníků z oblasti návykových nemocí o novou, širší konceptualizaci pojmu závislosti,¹⁴⁻¹⁹ protože ve stále platné MKN-10 a v nedávno platné DSM-IV je pojem závislost spojen pouze s poruchami, které jsou vyvolané užíváním nějaké psychoaktivní látky, přesněji řečeno s diagnózou syndrom závislosti.²⁰ Tato snaha dochází nejdále v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) Americké psychiatrické asociace,²¹ která byla vydána v květnu 2013 a v níž jsou všechny závislosti dle současného návrhu zařazeny do kategorie R – Užívání drog a závislostní chování, která obsahuje kromě látkových závislostí také patologické hráčství (R37 – Gambling disorder) a závislost na online hrách (Internet gaming disorder), která je navržena bez kódu pro další výzkum. Připravovaná 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) v pracovní verzi zařazuje do skupiny duševních a behaviorálních poruch samostatnou kategorii behaviorální závislosti, která zahrnuje patologické hráčství (Gambling disorder) a dosud neupřesněné „určité specifikované behaviorální závislosti“ (Certain specified behavioral addictions).²²

VYMEZENÍ POJMU

Závislost je definovaná jako komplexní porucha, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované

nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory jeho negativním důsledkům.²³ Marlatt et al.²⁴ definují podobně závislostní chování jako opakující se vzorec chování, který zvyšuje riziko vzniku zdravotních a/nebo osobních či společenských problémů. Závislostní chování bývá podle jejich definice subjektivně prožíváno jako ztráta kontroly a objevuje se i přes volní snahu abstinovat nebo užívat (chovat se daným způsobem) s mírou. Typicky je vzorec chování charakterizovaný okamžitým uspokojením (krátkodobá odměna), který je často doprovázen zpožděnými škodlivými účinky (dlouhodobé náklady). Pokusy změnit závislostní chování (léčbou nebo svépomocí) jsou obvykle charakterizovány vysokou mírou relapsů.²⁴

Odborníci rozlišují dva základní typy poruch se závislostní tematikou: (a) látkové závislosti, které se projevují tím, že jsou lidé závislí na psychoaktivních látkách díky určitým patologickým procesům, které jsou vyvolány těmito látkami v těle, a (b) behaviorální závislosti, kdy lidé vykazují prvky závislostního chování ve vztahu k určitým aktivitám.²³ Pro poslední skupinu poruch existuje mnoho různých pojmenování. Kromě pojmu behaviorální závislosti se používají také názvy nelátkové závislosti,^{25,26} nechemické závislosti,²⁷ nedrogové závislosti,²⁸ závislosti bez substancí,²⁹ nebo závislosti na procesech.^{23,30}

Griffiths³¹ vymezuje šest základních komponent behaviorálních závislostí, jejichž přítomnost v klinickém obraze je podle něj podmínkou ke stanovení této diagnózy: (a) význačnost (určitá aktivita se stane nejdůležitější aktivitou v životě jedince a dominuje v jeho myšlení, pocitech a chování); (b) změna nálady v důsledku zahájení určité aktivity, která má především charakter zvládací strategie; (c) tolerance; (d) abstinční příznaky; (e) interpersonální nebo intrapersonální konflikt a (f) relaps. Tato kritéria se z velké části překrývají s diagnostickými kritérii syndromu závislosti na psychoaktivní látce v obou klasifikačních manuálech.³²

KLASIFIKACE BEHAVIORÁLNÍCH ZÁVISLOSTÍ

Behaviorální závislosti je v současné době z medicínského hlediska nejhodnější rozdělit na (a) aktuálně uznávané, již klasifikované diagnózy, a (b) nové, dosud nezařazené poruchy.

Mezi uznávané patří zejména skupina poruch zařazených v MKN-10 pod návykové a impulzivní poruchy (F63), do této kategorie je zařazeno patologické hráčství (gambling), dále do této podskupiny patří kleptomanie (chorobné kradení), pyromanie (chorobné zakládání požárů) a trichotilomanie (chorobné vytrhávání vlastních vlasů či ochlupení). Znaky závislostního chování lze vysledovat zejména u dvou dalších diagnostických kategorií: hypersexualita (F52.7) jako závislost na sexu, mentální bulimie (F 50.2) a přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4) jako závislost na jídle.^{27,33}

Skupina nových, dosud nezařazených behaviorálních závislostí je mnohem širší a paleta potenciálních poruch koresponduje v plné šíři se všemi lidskými aktivitami, neboť závislost si lze vypěstovat v podstatě na jakémkoliv chování, které přináší uspokojení.²⁷ V souvislosti s rozvojem moderních (zejm. informačních) technologií, konzumní společnosti a orientací západní společnosti na výkon lze rozlišit následující kategorie: technologické závislosti (počítače, internet, hry, mobily, televize, hudba atd.), závislost na nakupování (oniomanie), závislost na práci (workoholismus) a sebepoškozování. Existuje samozřejmě nepřeberná plejáda dalších možných aktivit, na nichž lze získat závislost.

BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOSTI V KONTEXTU KLASIFIKAČNÍCH MANUÁLŮ

Jak už bylo zmíněno v úvodu, v aktuálním manuálu MKN-10 je pojem závislost spojen pouze s poruchami, které jsou vyvolané užíváním nějaké psychoaktivní látky, přesněji řečeno s diagnózou syndrom závislosti.³² Operační definice závislosti tedy podle tohoto manuálu zahrnuje pouze užívání psychoaktivních látek. Behaviorální závislosti jsou v systému MKN-10 nejčastěji řazeny mezi nutkavé a impulzivní poruchy. Všechny diagnózy z kategorie návykových a impulzivních poruch (F63) sdílejí tři základní charakteristiky: a) neschopnost odolat impulzu nebo pokušení udělat něco, co je považováno za nebezpečné, b) postižený si uvědomuje narůstající napětí před provedením činu, c) postižený popisuje stav vzrušení nebo uspokojení ve chvíli, kdy provádí impulzivní čin.³² Zde tedy lze říci, že návykové a impulzivní poruchy sdílejí fenomenologicky podobnou definici jako látkové závislosti, jen předmětem závislého chování není návyková látka ale určitá činnost.

Nedávno platná pátá verze diagnostického a statistického manuálu (DSM-V) Americké psychiatrické asociace se již snaží reflektovat podobnost látkových a nelátkových závislostí tím, že jsou v ní všechny závislosti zařazeny

do kategorie R – Užívání drog a závislostní chování, která obsahuje kromě látkových závislostí také patologické hráčství (R37 – Gambling disorder) a „poruchu internetového hraní“ (Internet gaming disorder), která je navržena bez kódu pro další výzkum.²¹ Pracovní verze připravované 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) zařazuje do skupiny duševních a behaviorálních poruch samostatnou kategorii behaviorální závislosti, která zahrnuje patologické hráčství (Gambling disorder) a dosud neupřesněné „určité specifické behaviorální závislosti“ (Certain specified behavioral addictions).²²

V devadesátých letech minulého století někteří odborníci navrhovali, že některé behaviorální závislosti by měly být řazeny do kategorie obsedantně-kompulzivní poruchy, a to díky podobným symptomům a odpovědi na farmakoterapii a psychologické intervence.^{34,35} Důvodem tohoto zařazení byl argument, že takové chování je kompulzivní, neboť jeho funkcí je redukce úzkosti či jiných bolestivých afektů.³⁶ V průběhu času se ale objevily mnohé výhrady proti tomuto konceptu, přičemž řada z nich byla podrobena výzkumnému zkoumání. Ve výhradách se uvádí, že podstatu závislostního chování nelze postavit na obsedantně-kompulzivní symptomatologii. Závislostní chování je totiž minimálně v počáteční fázi popisováno jako chování ego-syntonního charakteru přinášející potěšení. Oproti tomu charakter obsedantně-kompulzivních symptomů je nepříjemně vtíravý, postrádající smysl a ego-dystonní. Podle klasifikace duševních poruch je to rozhodně chování, které nepřináší potěšení a uspokojení, neboť úlevu nelze považovat za potěšení. U závislostního chování je redukce úzkosti nebo stresu motivačním pohnem, ale právě i potěšení a uspokojení, zejména v raných fázích vývoje poruchy, významně přispívá k rozvoji a udržování závislosti.³⁶ Tuto zásadní výhradu uvádějí i další autoři.^{37–39} Konečně hmatatelné důkazy proti této klasifikaci vyplynuly ze studií při výzkumech reakcí na antidepresivní medikaci. U obsedantně-kompulzivní poruchy je typicky silná reakce na novější antidepresiva, která zvyšují aktivitu serotoninu, např. fluoxetin (Prozac) a klomipramin (Anafranil). Na druhou stranu reakce na desipramin, který má jen malý vliv na aktivitu serotoninu, je slabá. Steinův výzkum zjistil, že symptomy sexuálně závislých osob, které trpěly depresi, se zlepšily, pokud se stabilizoval jejich emoční stav, zatímco u těch, kteří zároveň trpěli obsedantně-kompulzivní poruchou, se jejich stav nezlepšil, i když se zlepšil jejich stav v souvislosti s obsedantně-kompulzivní poruchou.³⁶

SPOLEČNÉ ZNAKY LÁTKOVÝCH A NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Klinická pozorování i experimentální studie ukazují, že látkové a nelátkové závislosti spolu sdílejí některé společné znaky, které jsou důvodem k jejich společné klasifikaci. Společné znaky lze rozdělit do čtyř základních oblastí: a) genetické, b) neurobiologické, c) osobnostní, a d) klinické charakteristiky.^{26,40}

Genetické charakteristiky

Z hlediska dědičnosti nebylo realizováno příliš mnoho výzkumů, nicméně jejich výsledky jednoznačně potvrzují společný genetický základ látkových a nelátkových závislostí. Rozsáhlá studie dvojčat prokázala (v porovnání s faktory prostředí) výrazný podíl dědičnosti na rozvoji závislostí: dvojčata patologických hráčů trpí významně častěji některou drogovou závislostí, bez ohledu na to, zda vyrůstala společně či nikoliv.⁴¹ Malé rodinné studie osob s diagnózou patologické hráčství, kleptomanie a oniomanie zjistily, že příbuzní prvního stupně mají významně vyšší celoživotní prevalenci látkových závislostí.^{40,42} K podobným výsledkům docházejí i molekulární genetické studie,^{40,41} které se snaží hledat konkrétní geny zodpovědné za rozvoj závislosti.

Neurobiologické charakteristiky

Neurobiologický výzkum postupně stále výrazněji dokazuje, že jak psychoaktivní látky, tak i naše smyslové percepcce a chování stimulují v mozku stejný systém odměn, kterému se připisuje primární role ve vývoji a udržování závislosti.⁴³ V rámci tohoto systému existuje několik neurotransmiterových systémů. Největší roli na regulaci odměňujícího chování má dopaminergní a endogenní opiatový systém. Výzkumy ukazují, že jak užití psychoaktivní látky, tak provedení závislostního chování aktivují, ať už přímo, či zprostředkovaně, právě tyto systémy mozku.^{2,33,42,44}

Osobnostní charakteristiky

Někteří lidé trpící behaviorální závislostí sdílejí určité osobnostní rysy s osobami závislými na návykových látkách. Někteří autoři hovoří o tzv. závislostním profilu osobnosti nebo o osobnosti se sklony k závislosti a zkoumají společné rysy pro různé typy závislého chování,⁴⁵ zatímco jiní autoři hledají spojení mezi preferovanou drogou či chováním a určitým osobnostním profilem.⁴⁶ V rámci obou těchto přístupů byly výzkumně potvrzeny určité souvislosti, a to zejména při využití Cloningerovy neuropsychofarmakologické teorie temperamentu a charakteru,⁴⁷ pětifaktorového modelu osobnosti (Big Five)⁴⁸ a Zuckermanova konceptu dimenze vyhledávání vzrušení (sensation seeking).⁴⁹ Mezi charakteristiky asociované se závislostí patří zejména následující rysy či dimenze temperamentu: impulzivita, vyhledávání nového a disinhibovanost. Impulzivita je sklon jednat náhle bez rozumové úvahy ze silného vnitřního (např. emočního či afektivního) popudu, bez adekvátního důvodu a bez jasného cíle a účelu. Zvýšený faktor vyhledávání nového (na pólu explorační impulzivity) je reprezentován neopatrným výstředním chováním, vyšší dráždivostí a potřebou zažít více vzruchů k dosažení uspokojení. Disinhibovanost jako jeden ze čtyř faktorů vyhledávání vzrušení vyjadřuje tendenci k uvolněnosti a ztrátě sociálních zábran, má silný hedonický rozměr.^{26,40}

Nejvíce zkoumanou behaviorální závislostí je patrně patologické hráčství. U patologických hráčů také výzkumy našly nejvíce společných rysů s osobami trpícími látkovými závislostmi. Podle několika výzkumů vykazují obě

skupiny podobné rysy impulzivity a dimenze vyhledávání nového.² Osoby s těmito diagnózami také mají společnou preferenci výběru malých okamžitých odměn před většími odměnami v delším časovém horizontu.⁵⁰ Další studie našla u obou skupin deficity v časovém odhadu, inhibici, kognitivní flexibilitě a plánování.⁵¹

Klinické charakteristiky

Látkové i nelátkové závislosti vykazují podobnosti jak ve vývoji a průběhu poruchy, tak i v samotných projevech jednotlivých poruch. Obě skupiny poruch nejčastěji začínají v adolescenci a rané dospělosti a obecně jejich prevalence je nejvyšší právě v těchto věkových kategoriích.⁴⁰ Časový průběh je u obou závislostí také podobný a projevuje se v chronickém vzorci chování s častými relapsy.⁴⁰ Chování u obou typů závislosti předchází napětí nebo vzrušení před zahájením samotné aktivity a úleva, příjemný stav po samotné realizaci aktu. K bažení často dochází v důsledku emoční dysregulace.⁵² U nelátkových závislostí se také projevuje efekt podobný toleranci, kdy je potřeba častější chování nebo zvýšení intenzity chování za účelem dosažení stejného efektu – subjektivního prožitku.^{42,53} Osoby s behaviorálními závislostmi udávají dysforické rozlady, pokud nemohou v závislostním chování pokračovat, ale v porovnání s látkovými závislostmi se u nich nevyskytují klasické abstinenční syndromy fyziologického charakteru.⁵⁴ Obdobná je také absence náhledu na vlastní závislostní chování a systém obran, který ho udržuje, což je obzvlášť významné z hlediska terapie.

VÝSKYT A KOMORBIDITA NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Kromě obecně uznávané a výzkumně doložené vysoké komorbidity závislostních poruch s dalšími duševními chorobami (zejm. s afektivními a úzkostnými poruchami, poruchami osobnosti nebo s posttraumatickou stresovou poruchou) je také přibližně u třetiny až poloviny osob trpících některou nelátkovou závislostí diagnostikována jiná látková či nelátková závislost.⁵⁵ Frouzová⁵⁶ na základě klinické zkušenosti ve shodě s dalšími autory píše, že „v kosmu těchto poruch existují jakási souhvězdí závislostí, které mají tendenci se vyskytovat spolu a vzájemně jedna druhou podporovat“ (s. 237). Vzájemnou komorbiditu dokládá i přehledová studie výskytu látkových i nelátkových závislostí, která na základě srovnání dat z 83 prevalencečních výzkumů v USA konstatuje, že některou další návykovou poruchou trpí 10–50 % závislých, v průměru 24 %.⁵⁷ Tato studie uvádí zjednodušené odhady prevalence jednotlivých závislostí v posledních 12 měsících pro populaci USA následovně: tabák 15 %, alkohol 10 %, práce 10 %, nakupování 6 %, nelegální drogy 5 %, cvičení 3 %, sex 3 %, láska 3 %, hazard 2 %, internet 2 % a jídlo 2 %, přičemž za nejvíce plausibilní pokládají její autoři odhad, že minimálně jedním typem závislostního chování trpělo v posledním roce 47 % populace.

Preskakování z jedné závislosti do druhé, které je popsáno řadou autorů, ukazuje na možnou nespecifitu ob-

jektu závislosti a potenciální existenci obecného syndromu závislosti.¹⁹ Cowan a Devine⁵⁸ např. pozorovali zvýšení výskytu přejídání v souvislosti s abstinencí u závislých na alkoholu a naopak, podobně Blumeová⁵⁹ pozorovala rozvoj patologického hráčství u abstinujících závislých na více drogách.

TERAPIE BEHAVIORÁLNÍCH ZÁVISLOSTÍ

V rámci terapie behaviorálních závislostí se využívají podobné postupy jako v rámci léčby látkových závislostí. V odborné literatuře lze najít odkazy na úspěšné využití kognitivně-behaviorálních,⁶⁰ motivačních,⁶¹ psychodynamických a psychoanalytických přístupů,⁶² rodinné terapie⁶³ či svépomocných programů.⁶⁴ V současné době neexistuje žádná farmakoterapeutická léčba schválená pro nelátkové závislosti,⁵⁵ ale v literatuře lze najít zmínky o úspěšném využití naltrexonu v léčbě patologického hráčství,⁶⁵ kleptomanie⁶⁶ či závislosti na internetu,⁶⁷ antidepresiv SSRI v léčbě závislosti na internetu⁶⁸ i patologického hráčství,⁶⁹ či antikonvulzivum topiramát v léčbě patologického hráčství⁷⁰ a záchvatovitého přejídání.⁷¹

Jeden zásadní rozdíl v léčbě látkových a behaviorálních závislostí je ve stanovení cíle léčby. S výjimkou patologického hráčství jde často o aktivity (jídlo, sex, internet, telefon), které jsou běžné, a někdy i životně důležité, proto není zcela možné si za léčebný cíl zvolit úplnou abstinenci. V této situaci se tedy pracuje s kontrolovaným užíváním. To může být pro některé klienty výhodné v tom, že se snáze rozhodnou pro vyhledání léčby, protože to pro ně nebude spojeno navždy s opuštěním závislostního chování. V jiných případech tento přístup může komplikovat proces uzdravy, protože pro některé osoby je mnohem výhodnější se pokusit zbavit navždy než mu odolávat. V určitých případech lze doporučit tzv. poloviční abstinenci, tedy abstinenci od určitých forem závislostního chování. Takže v případě závislosti na internetu to může být abstinence od problémových aplikací či v případě závislosti na jídle abstinence od problémových potravin, které jsou spojené s přejídáním se.

ZÁVĚR

Koncept behaviorální závislosti je z hlediska psychiatrie značně rozporuplný. Pokud ji budeme považovat za samostatnou poruchu vyžadující specifickou léčbu, hrozí, že přehlédneme další individuální psychopatologii, která mohla rozvoji behaviorální závislosti předcházet a nadále se třeba podílet na udržování poruchy. Výrazná vzájem-

ná komorbidita závislostí a dalších duševních poruch nastoluje otázku, zda se výchozí psychopatologie osobnosti pouze neprojevuje určitým způsobem, ke kterému má jedinec, ať už z hlediska osobnosti, či prostředí, takřkajíc „nejblíž“. Výhodou konceptu behaviorální závislosti může naopak být využití komplexního pohledu paradigmatu adiktologie, který hledá etiologii, symptomatologii i terapii v oblastech bio-psycho-socio-spirituálních a jejich vzájemných interakcích. Potom nehrozí, že budeme v terapii postupovat výhradně symptomaticky a zaměříme se pouze na individuální psychopatologii, přičemž opomeneme širší vliv okolí na rozvoj a udržování poruchy (např. kulturní a rodinné normy), a terapii dostatečně nepřizpůsobíme kontextu a možnostem podpory sociálního okolí.

Termínem behaviorální závislost se tedy nesnažíme vytvořit nějakou zcela novou poruchu, ale chápeme ho spíše jako pojem, který nám pomáhá porozumět známým způsobům závislostního chování. Sami postižení pojem závislost často používají pro označení vlastního chování ve vztahu k objektu své vášně, zejména pokud má takové chování nějaké negativní následky.⁵⁷ Koncept závislosti je ale užitečný především z klinického hlediska, nosologické zařazení je až druhořadé. Vhodně zvolený štítek na dveřích odborníka může snížit práh či otevřít dveře klientům, kteří by jinak odbornou pomoc nevyhledali, a zlepšit kvalitu jejich života bez ohledu na to, zda je určitá diagnóza součástí klasifikace či nikoliv. Takovému „marketingovému“ aktu ve prospěch potenciálních pacientů a přehnané snaze o ustanovení mnoha dílčích diagnóz v rámci nelátkových závislostí lze rozumět i jako touze pomáhajících odborníků po moci a zisku. Mimochodem proces medicalizace, který je např. u závislostního chování na internetu zařazením do diagnostických manuálů v podstatě dokončen, s sebou může nést nejen riziko stigmatizace postižených jedinců, jak je u psychiatrických diagnóz obvyklé, ale i nebezpečí zavržení aktivity jako takové, pokud je částí společnosti považována za veskrze negativní.

Lidé se stávají závislými ne přímo na droze či určitém chování, ale na prožitcích, které jsou jimi vyvolány, a ty jsou v mnoha ohledech totožné. Zdá se, že existuje pouze jedna závislost, kterou lze v chování generalizovat jako „neúměrný růst jednoho programu na úkor druhých do té míry, že je schopen vyřadit z funkce životně důležité programy a tak nakonec zničit celý organismus včetně sebe samého. Na úrovni tělesné se podobně chová rakovinová buňka. Je otázkou, zda se na úrovni naší civilizace neblížíme potřebě objevu určitého obecně formulovaného algoritmu jakési harmonie, jehož porušení je možné včas zaznamenat a adekvátněji intervenovat“.⁵⁶ Závislost je tedy dysharmonie, redukce sebe sama na jediný princip, kdy štěstí pramení pouze z uspokojování jediné potřeby, z určitého chování či vztahování se k nějakému objektu, které dává zapomenout na starosti.

LITERATURA

1. Lobo DSS, Kennedy JL. The genetics of gambling and behavioral addictions. *CNS Spectrums* 2006; 11 (12): 931–939.
2. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction* 2006; 101: 142–151.
3. Maierová E. Patologické hráčství na herních automatech v České republice. *Adiktologie*, 2012; 12 (4): 334–343.
4. Lečbych M. Kritická úvaha o konceptu závislosti na internetu. *Adiktologie* 2013; 13 (1): 54–60.
5. Vondráčková Holcnerová P, Vacek J, Košatecká Z. Závislostní chování na internetu a jeho léčba. *Česká a slovenská psychiatrie* 2009; 105 (6–8): 281–289.
6. Young KS, de Abreu CN, Ebooks Corporation. Internet addiction a handbook and guide to evaluation and treatment. John Wiley & Sons: Hoboken, N. J.: 2011; p. 1 online resource.
7. Vondráčková P, Šmahel P. Motivation of MMORPG Players with Addictive Behaviour in Relation to Internet Use. *Adiktologie* 2012; 12 (1): 56–66.
8. Gearhardt AN et al. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 2012; 45 (5): 657–663.
9. Levine SB. What is Sexual Addiction? *Journal of Sex & Marital Therapy* 2010; 36 (3): 261–275.
10. Cerny L, Cerny K. Can Carrots be addictive – an extraordinary form of drug-dependence. *British Journal of Addiction* 1992; 87 (8): 1195–1197.
11. Macdiarmid JL, Hetherington MM. Mood modulation by food: an exploration of affect and cravings in 'chocolate addicts'. *Br J Clin Psychol* 1995; 34 (Pt. 1): 129–38.
12. Crossman J, Jamieson J, Henderson L. Responses of competitive athletes to lay-offs in training: exercise addiction or psychological relief? *Journal of Sport Behavior* 1987.
13. Nolan BV et al. Tanning as an addictive behavior: a literature review. *Photodermatology Photoimmunology & Photomedicine* 2009; 25 (1): 12–19.
14. Miller WR. The Addictive behaviors. In: *The Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*, W. R. Miller, Editor. Oxford, England: Pergamon Press; 1980; 3–7.
15. Warburton DM. *Addiction Controversies*. London: Harwood Academic Publishers; 1990.
16. Larkin M, Griffiths MD. Response to Shaffer (1996): The Case for a 'Complex Systems' Conceptualisation of Addiction. *J Gambl Stud* 1998; 14 (1): 73–82.
17. Griffiths MD, Larkin M. Conceptualizing addiction: The case for a „complex systems“ account. *Addiction Research & Theory* 2004; 12 (2): 99–102.
18. Orford J. Addiction as excessive appetite. *Addiction* 2001; 96 (1): 15–31.
19. Shaffer HJ et al. Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry* 2004; 12 (6): 367–374.
20. WHO, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, in desátá revize, aktualizovaná verze k 1. 1. 2013. Světová zdravotnická organizace; 2013.
21. APA. Substance Use and Addictive Disorders. 2012 [cited 2012 September 10]; Available from: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/substanceandaddictivedisorders.aspx>.
22. WHO. ICD11 Beta Draft. n.d. [cited 2013 15.3.2013]; Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>.
23. Hollen KH. *Encyclopedia of Addictions*. 2009, Westport: Greenwood Press.
24. Marlatt GA et al. Addictive behaviors – etiology and treatment. *Annual Review of Psychology* 1988; 39: 223–252.
25. Brown RIF. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In: *Gambling behaviour and problem gambling*. Eadington WR and Cornelius JA (eds.). Reno: University of Nevada Press; 1993: 241–272.
26. Frascella J et al. Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: Carving addiction at a new joint? *Addiction Reviews* 2010; 1187: 294–315.
27. Marks I. Behavioral (Nonchemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 1990. 85 (11): 1389–1394.
28. Dickerson M. Gambling: the psychology of a non-drug compulsion. *Drug Alcohol Rev* 1990; 9 (2): 187–199.
29. Barrett CL, Drogin EY. Pathological Gambling: Addiction without substance, in *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior*. Faupel CE and Roman PM (eds.). London: Taylor & Francis; 2000: 344–346.
30. Shaffer HJ. Understanding the means and objects of addiction: Technology, the internet, and gambling. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12 (4): 461–469.
31. Griffiths M. Nicotine, tobacco and addiction. *Nature* 1996; 384 (6604): 18.
32. Smolík, P. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf; 2002.
33. Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs* 2012; 44 (1): 5–17.
34. Black DW, Shaw M, Blum N. Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum? *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12 (2): 175–185.
35. Dell'Osso B et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256 (8): 464–475.
36. Goodman A. What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention* 2001; 8 (3–4): 191–213.
37. Rinehart NJ, McCabe MP. An empirical investigation of hypersexuality. *Sexual and Marital Therapy* 1998; 13 (4): 369–384.
38. Myers WA. Addictive sexual behavior. *Am J Psychother* 1995; 49 (4): 473–483.
39. Black DW et al. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154 (2): 243–249.
40. Grant JE et al. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36 (5): 233–241.
41. Potenza MN et al. Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62 (9): 1015–1021.
42. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr* 2006; 11 (12): 924–930.
43. Váchová PE, Racková S, Janů L. Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn. *Čes a Slov psychiat* 2009; 105 (6–8): 263–268.
44. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology* 2008; 75 (1): 63–75.
45. Griffiths M. The psychology of addictive behaviour, in *Psychology for A2 Level*, M. Cardwell et al. Editors. London: Harper Collins; 2009: 436–471.
46. Le Bon O et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 73 (2): 175–182.
47. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 1997; 60 (2): 120–141.
48. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)

- and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
49. Zuckerman M. The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. *Personality and Individual Differences* 2007; 43 (5): 1303–1305.
 50. Petry NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 63 (1): 29–38.
 51. Goudriaan AE et al. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction* 2006; 101 (4): 534–547.
 52. de Castro V et al. A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addictive Behaviors* 2007; 32 (8): 1555–1564.
 53. Blanco C et al. Pathological gambling: addiction or compulsion? *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6 (3): 167–176.
 54. Pies R. Should DSM-V designate „Internet addiction“ a mental disorder? *Psychiatry (Edgmont)* 2009; 6 (2): 31.
 55. Grant JE, Schreiber LR, Odlaug BL. Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie* 2013; 58 (5): 252–259.
 56. Frouzová M. Závislost na procesech. In: Kalina K (ed.). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada; 2008: 239–252.
 57. Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Evaluation & the Health Professions* 2011; 34 (1): 3–56.
 58. Cowan J, Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite* 2008; 50 (1): 33–42.
 59. Blume SB. Pathological gambling and switching addictions: Report of a case. *Journal of Gambling Studies* 1994; 10 (1): 87–96.
 60. Twohig MP, Crosby JM. Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy* 2010; 41 (3): 285–295.
 61. Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006; 20 (1): 44–52.
 62. Cavaglio G. A Jungian interpretation of sexual addiction: a case study of mid-life crisis. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2010; 17 (3): 185–209.
 63. Hodgins DC et al. Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies* 2007; 23 (2): 215–230.
 64. Streiner DL. Meta-analysis: A 12-step program. *Journal of Gambling Issues* 2003.
 65. Kim SW et al. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry* 2001; 49 (11): 914–921.
 66. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of kleptomania. *Biological Psychiatry* 2009; 65 (7): 600–606.
 67. Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc* 2008; 83 (2): 226–230.
 68. Dell'Osso B et al. Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: An open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69 (3): 452–456.
 69. Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63 (1): 44–48.
 70. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological psychiatry* 2007; 62 (6): 652–657.
 71. Claudino AM et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68 (9): 1324–1332.

Felix Irmíš

STRES MEZI LÉKAŘEM, PACIENTEM A ZDRAVOU OSOBOU

Příklady, příčiny, psychosomatika, etika



Komunikace mezi lékařem, pacientem a zdravým člověkem se při důrazu na pomocné objektivní diagnostické metody spíše zhoršuje. Není vždy přímý vztah mezi laboratorními hodnotami, klinickým stavem a subjektivními potížemi, jejichž průběh a intenzita se podrobně nemusí sledovat. Pohled vědecký, stanovisko praktické medicíny a individuální zkušenost pacienta se mohou lišit, což může vyvolávat stresové situace. Ty jsou závislé též na osobnosti lékaře i pacienta, emocích, temperamentu, poruchách informace, různých interpretacích výsledků,

na neznalosti přesné diagnózy a individuální reakce pacienta na nemoc a léčbu, etice, neznalosti životního příběhu pacienta a jeho sociálního prostředí aj. Práce uvádí řadu příkladů zátěžových situací a stresových výroků mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou. Hledá příčiny uvedených nedostatků a upozorňuje na často méně podrobný rozbor dynamiky nemoci. Monografie rozebírá též spirituální (duchovní) přístup v psychosomatické medicíně z biopsychosociálního pohledu a popisuje význam spirituality pro hledání smyslu života pacienta, adaptaci, humanitu, etiku a zlepšení vztahu lékař–pacient.

cca 250 Kč, Galén, 139 stran, černobíle, 155 × 225 mm, brožované

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115