



MUDr. Petr Jeřábek, Ph.D. (1957)

Absolvoval LF UJEP Brno (t.č. Masarykova univerzita), od r.1982 pracuje jako psychiatr.

1989 – dosud: Psychiatrická léčebna Bílá Voda u Javorníka, od r. 1993 ředitel, primář. R. 1996 otevřel specializované oddělení léčebny, 14-lůžkovou terapeutickou komunitu pro toxikomany „Fides“. Na TK se dlouhodobě angažuje v terapeutických aktivitách.

Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled



autoři

Jeřábek P.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda u Javorníka

Článek pojednává o osobnostních rysech, které disponují jedince k drogové závislosti. Současně se pokouší o integraci teoretických východisek a každodenní terapeutické praxe. Nabízí se hypotéza dynamické osobnostní toxikomanické dispozice, čímž se (kromě bazální konstituční vulnerability) mají na mysli následující osobnostní charakteristiky: nízká integrace sebepojetí, sebeúčinnosti a superega; interpersonální senzitivita; nižší úroveň defenzivní organizace; distorze percepčně kognitivního zpracovávání reality; nižší schopnost integrace emocí včetně jejich prožívání. Abúzus psychotropních látek by se tak mohl chápat jako součást dlouhodobé defenzivní či (pseudo)autosanační strategie. Diskutují se základní otázky terapeutického procesu, který je chápán především jako interakce specifických léčebných prostředků s převážně nevědomými intrapsychickými konflikty pacienta. Za ústřední problém se považuje žádoucí léčebná změna, která by měla zahrnovat získání přiměřeného sebenáhledu, pozitivního sebepojetí a autonomní identity, současně s osvojením základních dovedností a kompetencí. Autor se soustředil na klinickou rovinu tématu a nepracoval se subhumánními studii.

Klíčová slova: drogová závislost – osobnostní dispozice – terapeutický proces.

Došlo do redakce: 15. října 2006



1. Úvod

1.1 Úvod 1

Po 24 letech práce v oboru se mi stala následující příhoda. V Praze jsem cestou na Václavské náměstí přemýšlel o tom, proč mám potřebu uvažovat o toxikomanech a dokonce je takzvaně léčit. Před 10 lety jsem se seznámil se základy Rorschachovy projekční metody a rozhodl jsem se, že ji zkusím administrovat u souboru drogově závislých. Pamětliv rady autorů manuálu (Řičan et al., 1981), začal jsem s vyšetřením nejprve u sebe, ale v rozporu s jejich dalšími doporučeními. Test jsem si předložil sám a odpovědi na jednotlivé tabule jsem si ani pořádně nezaznamenal, pouze si je dosud pamatuji. Nechtěl jsem, aby „nějaký psychodiagnostik o mně něco bližšího věděl“. Téměř celých 10 let jsem chtěl rozumět interpretacím pouze u některých odpovědí. Již interpretaci odpovědi u I. tabule jsem měl totálně popřenou po celou dobu, nejspíš proto, že „jsem nechtěl být stejný magor jako moji pacienti“ a „nechtěl jsem to o sobě vědět“. Místo toho jsem chtěl změnit nezměnitelné, ačkoliv jsem dosud nepochopil, jak bych to vlastně mohl dokázat. To jsem si uvědomil spolu s bezvýchodností svých snah. Tekly mi slzy zoufalství a smutku, neboť jsem současně pochopil, s jak mocným energetickým nasazením chci a zároveň nechci akceptovat sám sebe.

Podobná zkušenost se dá zprostředkovat narativně, složitější je pokus „pomocí sofistikované vědecké metodologie ji integrovat do teoretického výkladového modelu“. Podobně komplikovanou záležitostí se mně jeví výzkum osobnostní dispozice k drogové závislosti.

1.2 Úvod 2

Na etiologii drogové závislosti je v současnosti řada různých názorů a shoda panuje pouze v obecné rovině s tím, že se jedná o velmi složitý jev kombinované bio-psycho-socio-spirituální povahy. Obsah spirituální koncepce se v ČR formuje zvláště v posledních letech

(Nešpor, Csémy, 2006). Stručný přehled současných představ o komplexní etiologii látkové závislosti jsem podal jinde (Jeřábek, v tisku). V předloženém sdělení se budu zabývat některými dispozičními charakteristikami osobností drogově závislých.

K jednotné osobnostní predispozici toxikomanů se někteří autoři staví skepticky (Kostroňová, 2003). Další otázkou je chápání samotného osobnostního konstruktů. V dalším textu uvažuji osobnost především jako dynamický zdroj chování, identity a jedinečnosti každého člověka (Drapela, 1995).

2. Literární údaje

2.1 Vrozená vulnerabilita jedince

Současní autoři považují za důležitou genové environmentální interakci (GxE) mezi vrozenou vulnerabilitou jedince a environmentálními rizikovými faktory (Kendler, 1995). Mezi vrozené dispozice se řadí především temperamentové zvláštnosti (rozdíly v aktivitě, reakcích na změny v okolí, vzrušivosti). Blockovi a Keyes (1988) hovoří v této souvislosti o přízpůsobivosti ega a o ego kontrole. Rozdíly v takových charakteristikách jsou vrozené a tvoří rané stavební kameny pro pozdější osobnost jedince (Thomas, Chess, 1977). I když řada temperamentových studií byla provedena pouze u alkoholiků, předpokládám podobné dispozice i v oblasti nealkoholových drog.

Některé teoretické modely považují temperament za klíčový pro rozvoj závislosti na alkoholu. Cloningerova (1987) hypotéza uvažuje, že na základě biologicky daných osobnostních znaků je možno rozlišovat mezi 2 typy alkoholizmu (nízké vyhledávání nového, vysoké vyhýbání se ohrožení, vysoká závislost na odměně – oproti opačným charakteristikám). Obdobně Masse a Tremblay (1997) zjistili, že vysoká míra vyhledávání nového a nízké vyhýbání se ohrožení (měřeno v 6 letech věku) predikovalo časný výskyt kouření cigaret, opíjení se a užívání jiných drog v adolescenci.

Tarter et al. (1977, 1990) navrhli širší temperamentový model alkoholizmu, který zahrnuje 6 dimenzí temperamentu, jež mohou být vrozené: úroveň aktivity, stálost období pozornosti, schopnost se utiřit, emocionalita, reakce na potravu, sociabilita. Se zvýšeným rizikem rozvoje alkoholické problematiky byla spojována nízká kapacita pozornosti, vysoká emocionalita, nízká sociabilita. K tomu doplnili Lerner s Vicarym (1984) a Ohanessian s Hesselbrockem (1995), že některé trsy temperamentových rysů vytvářejících „těžko vychovatelný temperament“ (vysoká úroveň aktivity, nízká flexibilita, nízká orientace na úkoly, nestabilita nálad, sociální stažení) souvisí s užíváním nebo abúzem látek.

Wills a kol. (2001) se zabývali rizikovými faktory u časného výskytu látkového abúzu – z hlediska teorie zvládnání stresu (stress-coping theory). Za nejdůležitější proměnné považují negativní afekty, nízkou odolnost k zátěži a užívání látek vrstevníky.

Hesselbrockovi s Epsteinovou (1999) konstatují, že je těžké stanovit specifický etiologický mechanismus, který spojuje problémové chování dětského věku s rozvojem alkoholizmu nebo abúzu drog v dospělosti. Koncept „problémového chování dětského věku“ zahrnuje široké spektrum behaviorálních problémů dětí, jako jsou hyperaktivita, minimální mozková dysfunkce, emoční problémy a deviantní chování (včetně vandalizmu, agrese, hostility). Tato konstelace často predikuje problémové užívání psychotropních látek v adolescenci a výskyt či závažnost poruch spojených s užíváním látek u dospělých pacientů. Je však těžké identifikovat specifické chování, které ovlivňuje rozvoj abúzu. O to se pokusil Windle (1996) a našel vysokou vzájemnou korelaci mezi různými druhy tzv. externalizovaného chování (poruchy chování, porucha pozornosti, hyperaktivita, porucha opozičního vzdoru) mezi adolescenty. Studie ukázala přímo úměrný vztah mezi problémo-

vým chováním dětského věku a výší konzumace či závažností alkoholických problémů v adolescenci. Hesselbrock (1986) rozdělil problémové chování na hyperaktivitu, deficit pozornosti, impulzivitu a jiné problémové chování a zkoumal jejich prediktivní hodnotu ve vztahu k alkoholizmu. Zjistil, že problémové chování souvisí s určitým typem alkoholizmu v dospělosti, jmenovitě s alkoholizmem spojeným s antisociální poruchou osobnosti.

2.2 Psychologické modely

Na rozdíl od jiných etiologických okruhů, se zde tolik neuvažují biologické, hereditární a temperamentové vlivy.

a) Psychoanalytické modely

Wurmser (1984) považuje látkově závislé za jedince se závažnými intrapsychickými konflikty zvláště ve smyslu přísného superega, přičemž tyto osoby požívají alkohol nebo drogy za účelem úniku od pocitů zlosti a strachu.

Krystalova teorie (1984) vychází z teorie objektních vztahů a předpokládá narušení symbiotického vztahu k matce, což vede posléze k touze po sjednocení s ideálním objektem, která však současně přináší hrůzu z možných zranění, ke kterým ostatně u toxikomanů dochází. Dále se Krystal věnuje alexithymii, kdy si jedinec zajišťuje pomocí drogy odpojení od svých bolestivých emocí.

McDougal (1989) nabízí, že všechny adiktivní poruchy jsou psychosomatickými obranami proti psychickým konfliktům a bolesti.

Khantzian et al. (1990) vycházejí ze self-deficientního přístupu a za příčinu abúzu považují inadequate ego. Požívání látek pokládají za automedikaci ego-deficitu.

K tomu dodávají Leeds s Morgensternem (1996), že drogově závislí jsou heterogenní skupinou a ne všichni trpí jednou formou osobnostní patologie, nicméně výzkumné

studie naznačují, že významný podíl pacientů trpí skutečně poruchou osobnosti.

Jak shrnuje Frouzová (2003), psychoanalytické teorie se soustřeďují na nevědomé konflikty, deficity a deformace intrapsychiek struktur a interních objektních vztahů. Vycházejí buď z koncepce pudů a jejich (ne)zvládnání, nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Léčba vychází z představy, že po zvědomění si toho, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme problém vyřešit lépe.

b) Teorie behaviorální, kognitivně behaviorální a sociálního učení

Shodně s historickým přehledem Hesselbrocka et al. (1999) je možno shrnout, že dle klasických behaviorálních modelů je užívání látek naučené a udržované skrze klasické nebo operantní podmiňování. Současnější kognitivně behaviorální modely nebo teorie sociálního učení uvažují navíc myšlenky a pocity jako důležité determinanty chování a odpovědi na environmentální vlivy.

Vzhledem k zásadní roli rodiny v procesu učení jsem si dovolil přiřadit do tohoto oddílu rodinné faktory. Charakteristiku patogenního rodinného prostředí toxikomanů podali Vojtík s Břicháčkem (1987). Zdůrazňují „pólový přístup rodiny k dítěti“: protektivnost, pečlivost, autoritativnost, dominantnost rodičů – oproti malé důslednosti, sníženému zájmu, odmítavosti, hostilitě. Patogenní rodina se dále charakterizuje jako dysfunkční, se sníženou soudržností, uvolněnými interpersonálními vztahy a s chudým nebo uvolněným způsobem života. Objevuje se méně společných aktivit, více rodinných konfliktů, ztráta stabilní rodinné struktury, dezorganizace, traumatizace, deprivace.

Nověji McCrady et al. (1998) zdůrazňují koncept „rodinné poruchy“, čímž mají na mysli

mechanismus kodependence, který „udržuje v chodu“ abúzus alkoholu nebo drogy u některého člena rodiny.

Whitfield (1991) popisuje vývoj pojetí kodependence včetně Johnsonova (1973) popisu co-alkoholizmu. Kodependence se definuje jako porucha ze ztráty sebehodnoty neboli dysfunkce, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování druhých. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit pravé já před nebezpečím zvenku. Vychází z pocitu defektnosti, neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, studu, strachu z opuštění či ze ztráty identity. Kodependentovo sebehodnocení je měřeno tím, jak vnímá, že jej vnímají ostatní. Snaží se kontrolovat druhé a tak vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Takové nutkavé zacházení se sebou a s druhými vede k poruše ve vztazích, kodependentovo sebezpojetí je nízké nebo nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých funkčních hranic a separace. Vytváří si pokřivenou a nedefinovanou představu o sobě a o světě, je přitahován k dysfunkčním vztahům, jejichž výsledkem je udržování pocitu oběti. Dysfunkční adaptace zpočátku poskytuje určitou úlevu, ale v této iluzivní odpovědi se trvalé řešení nenajde. Dalším krokem bývá vytvoření jiné adiktivní vazby, jiné závislosti, např. na alkoholu nebo drogách. Kodependence se prolíná řadou diagnostických jednotek, přestože není v diagnostických manuálech akceptována. Patogeneticky vzato se kodependence rozvíjí například tzv. „zraňováním“. Whitfield se zde odvolává na teoretiky psychologie self a objektních vztahů (Kohut, 1971; Guntrip, 1971). Má se v podstatě jednat o dětskou internalizaci rodiči projikované neadekvátnosti, špatnosti a fantazie, přičemž tato internalizace vede ke tvorbě falešného deficientního self-konceptu, falešného já. Pravé já je permanentně traumatizováno, a proto se obranně stahuje (odštěpuje) a zanořuje hluboce do nevědomé části psyché. Toto dále vede k distorzi men-

tální reprezentace vztahů k objektům, přičemž tyto reprezentace jsou nabitý emocemi a mají tendenci ožít v částečných objektech.

Dle Batesonovy (1972) teorie alkoholizmu se fragmentované ego cítí lépe v opojení, kde si vytváří iluzivní pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti, dochází k iluzivnímu naplnění „žízňě po Bohu“.

Kodependentní model rodiny je blízký Stierlinově koncepci „zhoubného vztahového klinče“, která hovoří o používání diskvalifikující strategie ve vztahu. Diskvalifikující strategie používá dle Simona a Stierlina (1984) následující postupy: 1. dosažení bezmocnosti a probouzení pocitů viny u partnera rozehráním symptomů nebo masochistickým chováním či vzájemnou mystifikací; 2. dvojné vazby; 3. vyhýbání se definici vztahu, vedoucí roli a vlastní odpovědnosti. Z terapeutického hlediska je úkolem klinč uvolnit a umožnit dialog. Uvolnění klinče v sobě nese subjektivní riziko prohry (knokautu) nebo vítězství, což obsahuje i možnost ztracení kontaktu mezi partnery (a toto riziko může být pro subjekt předběžně nepřijatelné – pozn. autora).

Za další důležitý činitel v procesu učení bývají považovány vlivy vrstevníků, a to tradičně jako rizikový faktor pro iniciaci požívání alkoholu nebo drog (Wills et al., 2001). Vrstevníci ovlivňují chování, hodnoty a postoje adolescentů. Segal a Steward (1996) zmiňují pozitivní vnímání účinků psychotropní látky skupinou adolescentů (např. redukci tenze po vypití alkoholu), což je pak důvodem dalšího užívání látky. V jejich studii považovali adolescenti za nejdůležitější příčiny dalšího užívání alkoholu: kontakt s přáteli, zmírnění tenze a anxiety – speciálně v přítomnosti druhého pohlaví, možnost dostat se do rauše, dodat si odvalu, zmírnit nudu. Autoři rovněž uvažovali další sociální vlivy. Při vývoji látkové závislosti interagují současné změny sociokulturálních podmínek s individuálními proměnnými.

mi. Kulturní vakuem, vznikající snížením významu rodiny, vede ke glorifikaci zábavy a násilí stejně jako k požívání psychotropních látek spojenému se sexuální promiskuitou, a to jako únikovému prostředku od problémů s identitou, frustrací, zklamáním či nudou.

3. Teorie osobnosti a terapeutická praxe

3.1 Jak objektivizovat subjektivní?

Výzkumné práce týkající se etiologie látkových závislostí předkládají ověřená data především z oblasti dědičnosti, z monitorování behaviorálních projevů a z pokusů na subhumánní úrovni. Výzkum osobnostní patologie zůstává především u popisných charakteristik, zaměřených zvláště na problematiku širokého spektra poruch chování. Berou se v potaz vývojové aspekty, sledování se zastavuje u staršího školního věku, v novějších pracích se dochází až k věku předškolnímu. Časnější osobnostní vývojové fáze jsou z výzkumného hlediska těžko uchopitelné. Charakter subjektivního prožívání závislého jedince, jehož reflexi považují v terapii toxikomanů za velmi důležitou, bývá objektivními metodami těžko uchopitelný.

Adiktologický klinik stojí denně před výzvou integrace teoretických východisek a běžné terapeutické praxe. Vedle pacienta je celkem lhostejné, jak jsem teoreticky orientován. Důležité je, abych ho viděl a slyšel a dokázal si uvědomit, co, proč, kdy, komu a jak (ne)říká a (ne)cítí. K tomu přistupuje vlastní sebezkušenost a zvládání (proti)přenosu.

Dalším problémem je ujasnit si, co má u konkrétního jedince vlastně znamenat pojem terapie. Má se jednat o represi (část ochranných léčeb), kustodiální péči (azyl), paliativní léčbu (redukce symptomů), rehabilitaci (částečná změna) či dokonce o rekonstrukci (podstatná změna) psychického stavu jedince? Existuje pojem komprehenzivní (chápat, vnímavá, úplná, důkladná) léčba? Co dodat

k relapsům a recidivám? Jak hodnotit terapeutický proces, vývoj a změnu? Je to vůbec možno očekávat a snažit se o to? Existuje něco takového jako kořeny adiktologické vědy?

Empiricky vzato, nápadná je extrémní polarita toxikomanova přístupu k léčbě. Z jedné strany: po několikadenním bazálním detoxu rychlý únik z léčby, a to buď na vlastní verbalizované přání, nebo rafinovaněji po porušení základních režimových pravidel. Na druhém pólu: až fanatická identifikace s léčebným modelem, programová a personální idealizace a problémy se separací při ukončení léčby. Dále se často pozorují: nápadnosti v komunikaci klientů (inkongruence, ambivalence, dvojná vazba); extrémní interpersonální senzitivita; silná touha po přijetí spolu s vysokou mírou anticipace odmítání, ale se silnou aktuální vděčností za přijetí; zvláštní druh (ne)angažovanosti ve vztazích; specifický způsob empatie, zvláště k podobně založeným jedincům; jindy extrémně rychlé hroucení se do černé díry zvané beznaděj.

3.2 Osobnost a teoretické otázky

3.2.1 Kategoriální, či dimenzionální přístup?

Otázku diagnostiky osobnostních poruch u syndromu drogové závislosti komplikuje fakt, že navzdory oficiálnímu a teoretickému přístupu DSM-IV a MKN-10 vycházejí jednotlivé nozologické jednotky osobnostních poruch z různých teoretických rámců a modelů. Jak uvádí Ekselius et al. (1993), koncepce závislé, obsedantně kompulzivní a narcistické osobnostní poruchy vycházejí z dynamického modelu uvedeného původně Freudem a Abrahamem, vyhýbavá osobnostní porucha má původ v charakterovém modelu dle Learyho, schizotypální porucha vychází z biologického a antisociální (disociální) ze sociologického modelu.

Dimenzionální přístup doporučuje Praško (2003), neboť umožňuje posoudit míru poruchy a tím se citlivěji vyjádřit k prognóze.

Většina autorů nesdělují, jakou osobnostní dimenzi je třeba sledovat především. Ekselius et al. doporučují revizi DSM systému. Praško navrhuje podrobnou diagnostiku při použití kombinovaných dotazníkových a projektivních metod, a pokud se týká teoretické orientace, odvolává se na Millona s Davisem (2000), kteří nechávají na budoucnosti, zda se nejpřínosnější ukáže lexikálně statistický koncept Big-five, Cloningerovo neurobiologické dimenzionální schéma, Freudův intrapsychický strukturální model, Millonův evolučně biosociální model nebo nějaký další interpersonální model.

3.2.2 Fenetické, nebo fenomenologické pojetí?

Smolík (1996) zdůrazňuje, že jednou ze základních klasifikačních strategií při tvorbě manuálu ICD-10 byl fenetický přístup. Má se na mysli pečlivý popis zevních znaků objektu, které je pak žádoucí podrobit numerické taxonomii. V adiktologii vystačíme s tímto pojetím při základní diagnostické rozvaze. Ale v případě otázky pacientovi: „Jakou funkci plnila psychotropní látka ve vašem životě?“ budeme s fenetickou laboratoří v koncích a můžeme se pouze snažit o pochopení subjektivní reality jedince, jeho čiré fenomenologické zkušenosti. Jak se k ní dostat?

3.2.3 Studium osobnosti z hlediska terapeutických potřeb

Shodně s citovaným Praškem je možno uvést, že diagnostika a klasifikace poruch osobnosti patří v psychiatrii k nejobtížnějším a nejkontroverznějším úkonům. Neméně spletitá jsou teoretická východiska jednotlivých autorů. Jak uvádí Drapela (1995), je možno se pohybovat od pojetí osobnosti jako pouhé dedukce z chování (behaviorismus) přes psychoanalytické koncepce až po ryze percepční teorie já dle Rogerse (1951). Posledně jmenovaný konstatoval, že kromě organismu je druhou složkou jevového pole já, které se utváří postupně, přičemž vznik pojmu já je spjat s mnoha tajemnými a nezodpovězenými otázkami. K tomu dodává již r. 1939 Hartmann

(1939), že obrany ega mohou sloužit ke kontrole pudů a souběžně k adaptaci na podmínky zevního světa. Adaptace je neustálým procesem, který má kořeny v biologických strukturách. Jeho mnohé projevy odrážejí stále pokusy ega vyrovnávat intra- a inter-systemické tenze. V této souvislosti je možno diskutovat implikaci teorie adaptace na vývoj percepčně kognitivních procesů, na projevy síly či slabosti ega nebo na otázku normality.

O. Kernberg (1976) zavedl termín strukturální analýza, aby popsal vztah mezi strukturálními deriváty internalizovaných objektních vztahů a různými úrovněmi organizace mentálních funkcí. Z jeho pohledu konstituují internalizované objektové vztahy substruktury ega (rozumí se tím např. integrace identity, defenzivní operace, kapacita pro testování reality), přičemž jsou tyto substruktury hierarchicky organizované. Kernberg využil svůj konstrukt k diferenciaci tří základních typů osobnostní organizace, a to neurotické, hraniční a psychotické.

Pokud se týká klinické praxe a výzkumu, uvažuje Praško především dva druhy metod, a to dotazníky a strukturovaný či semi-strukturovaný rozhovor. Projektivní techniky uvádí až na posledním místě s odkazem na Rorschachův test a manuál Říčana et al. (1981) a „zajímavou možností“ je dle něj kresba. Řada zahraničních prací zaměřená na výzkum osobnosti nicméně dává Rorschachově projektivní metodě přednost a z dotazníků jí konkuruje pouze MMPI (Berg, 1990; Cooper et al., 1991; Zalewski, Archer, 1991). Spornou, ale podle mého názoru možnou a někdy plnohodnotnou výzkumnou metodou může být i podrobný kazuistický rozbor včetně terapeutických záznamů, případně analýza artefaktů či dokonce snů (Jeřábek, 2003; Jeřábek et al., 2003).

4. Historie názorů na osobnost toxikomana

V novější literatuře je řada prací zkoumajících osobnostní rysy toxikomanů. Svoboda

s Habánovou (1981) u nich našli difference v hodnotovém systému, zvláštní typy interpersonálního chování, problémy se sebehodnocením, sebedůvěrou a v rovině ideálního já sníženou odolnost vůči stresu a menší stupeň zodpovědnosti. Stempelová (1982) konstatovala poruchy v afektivní složce, narušené prožívání reality, konfliktní sociální komunikaci, nedostatečné sebeocnění a subjektivně prožívanou nespokojenost. Vojtík s Břicháčkem (1987) zjistili poruchy osobnosti u téměř 95 % probandů. Nejčastěji konstatovali disharmonický vývoj osobnosti a polymorfni psychopatii (35 %), dále sociálně maladaptivní poruchy (28 %) a poruchy astenické (17 %). Vojtík (1987) našel u 2/3 vzorku nezdrženlivost, požívačnost, výbušnost, sociopatické projevy, deficit pozornosti, hyperaktivitu. U části vyšetřovaných naopak hypersenzitivitu a psychastenii. U nealkoholových abuzérů konstatuje mírně vyšší intelektovou úroveň než u kontrolní skupiny.

Kooyman (1993) předpokládá u většiny toxikomanů léčících se v terapeutické komunitě poruchu osobnosti spočívající v nízkém sebevědomí, porušené identitě, nevědomém strachu z odmítnutí, neschopnosti setrvat v dlouhodobém vztahu, intrapsychických konfliktech, které se externalizují odehráváním, přičemž chybí přímá emoční odezva a emoce jsou odehrávány vůči jiným lidem či objektům, než které je vyvolaly. Obranné mechanismy jsou důsledkem neschopnosti unést doprovodný emoční stres a zahrnují především projekci.

5. Autorovo pojetí osobnostních toxikomanických dispozic

Konstituční vulnerabilita diskutovaná výše je nesporně důležitým dispozičním činitelem pro budoucí rozvoj drogové závislosti. Poznatky se opírají o výzkumné studie a z hlediska klinika jsou plně přijatelné. Pro terapeutické účely je žádoucí postulovat navíc fenomenologický a psychodynamický model. Tyto jsou

obtížněji uchopitelné, což však nevyklučuje pokusy o jejich vytvoření. S odkazem na své předchozí sdělení (Jeřábek, 2004; Jeřábek, v tisku; která vycházela mj. z psychodiagnostického rozboru souboru 90 ústavně léčených drogově závislých) a též s odvoláním na práce O. F. Kernberga (1970) a P. M. Lerner (1991) zde nabízím dynamickou hypotézu osobnostní toxikomanické dispozice, která zahrnuje následující osobnostní charakteristiky:

- A. Nízká integrace sebezpečí a sebeúčinnosti.
- B. Nízká úroveň defenzivní organizace (popření, projekce – projektivní identifikace, štěpení, dissociace, odehrávání, omnipotence, idealizace x devaluace, únik, auto/heterodestruktivita či agresivita).
- C. Nízká integrace superega, z toho vyplývající problémy s prožíváním viny a studu, paranoidní tendence, narcistické zápasy o obdiv a zbožňování.
- D. Distorze percepčně kognitivního zpracovávání reality, samotnými pacienty označovaná jako „vytváření konstrukcí“. Jev se dá vysvětlit teorií konstruktového alternativizmu G. A. Kellyho (1955) nebo interferencí primárního procesu myšlení s kognitivními funkcemi.
- E. Interpersonální senzitivita (nejistota až pocit ohrožení ve vztazích, nízká frustrační tolerance).
- F. Nízká integrace emocí včetně schopnosti jejich vědomého prožívání, která se projevuje emoční labilitou a nepřiměřeností.

Zjednodušeně řečeno, nejhlubší emoce toxikomanů bývají subjektivně nepřijatelné a nežádoucí, obrany odpovídají síle dissociovaných a popřených emocí a jsou na vývojově nízkém stupni (primitivní) a energeticky extrémně náročné. Percepčně kognitivní zpracovávání reality je nepřiměřené. V konečném důsledku dochází k podstatné redukci využívání řady možností, které přináší život. Abúzus psychotropních látek by se tak mohl chápat jako součást dlouhodobé defenzivní (např. únikové či dokonce autodestruktivní) nebo (pseudo)autosanační strategie.

Předložený psychopatologický konstrukt považuji nejen za dispoziční, ale dokonce za jádrovou osobnostní charakteristiku toxikomana. Otázku motivačních a hodnotových schémat drogově závislých doporučuji zkoumat s přihlédnutím k výše uvedenému. Blíže se nezbývám sociopatickými charakteristikami, neboť je považuji převážně za symptomatické.

K pochopení funkcí a vlastností „obran ega“ je v této souvislosti nutno dodat:

1. slouží adaptaci na podmínky zevního světa;
2. a to především k (pseudo)ochraně self;
3. jako setrvalý proces odrážejí stále pokusy ega (self) vyrovnávat intra- a intersystemické tenze;
4. vývojově i aktuálně vzato, síla obran je přímo úměrná intenzitě tenze;
5. jakkoliv je diskutabilní jejich biologická nebo na druhé straně psychotraumatická geneze, mají vždy zásadní vliv na intrapsychické prožívání jedince a na jeho chování (zintenzivněním obran se snižuje míra autentičnosti a kongruence, což má svoje vnitřní a vnější projevy);
6. setrvačnicková charakteristika obran vytváří tendence k jejich přetrvávání i za růstově příznivějších podmínek.

6. Terapeutické implikace

Počarovský (1999) cituje Buismana s Kokem, kteří pojímají motivační trénink jako cestu ke změně chování, kterou klient absolvuje po jednotlivých krocích, za něž považují: kontakt (včetně konfrontace) – pozornost – pochopení – změnu postoje (uvědomění si „já chci x já nechci“) – změnu záměru – změnu chování – udržení změny. Optimální je změna chování, které se má dosáhnout terapií – v ambulantním stacionáři nebo při rezidenční léčbě. Ke změně má dojít působením následujících terapeutických nástrojů: podpora, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativa. Celkově se má jednat o postupné drobné změny, kterými klient prochází, nikoliv o náhlou radikální změnu chování a životního stylu.

Podle citovaného Kooymana si terapeutický proces (komunitního typu) klade za cíl narušit dosavadní obranné mechanismy, identifikovat a autenticky projevit emoce a posilovat pozitivní chování. Proces změny je přitom obrácený ve srovnání s tradiční psychoanalýzou, a to v posloupnosti: 1. změna chování (při stanovených pevných hranicích a pravidlech); 2. prožití emocí, které tuto změnu doprovázejí; 3. pochopení, co se vlastně stalo. Základem terapeutického procesu je zde skupinový proces, při kterém se pomocí konfrontace zastavuje manipulativní chování. Postuluje se zásada paradoxního přístupu: „Když se s vlídným přístupem setká člověk, který má k sobě velmi špatný vztah, je to pro něj většinou velmi zneklidňující a často odchází z programu. Chovat se k toxikomani zpočátku příliš přátelsky je pro něj nebezpečnější než zastávat tvrdý konfrontační přístup.“ Na druhé straně se postupně buduje důvěra k jednotlivým členům. Jedná se vlastně o proces identifikace, která má jiný charakter než původně k rodičům a vede ke vzniku nové pozitivní identity, jež je spojena s vyšší sebedůvěrou, sebereflexí a důvěrou v druhé.

Kooyman rovněž cituje Casriela (1972), který se zabýval bondingem – stavem emoční a fyzické blízkosti dvou lidí – a popsal dvě opačné reakce jedinců, kteří jako děti nezjistili, že za bonding se nemusí ničím platit. Jedná se o přijímající reakci, jež je ovšem spojena s bolestí, kterou se platí za blízkou vazbu. Druhá reakce spočívá v odmítající pozici, když cena za lásku byla shledána příliš vysokou. Taková reakce spočívá v popírání svých potřeb a emocí a vede k vytvoření identity charakteristické pro většinu závislých. Skupinovou terapii zaměřenou na bonding (typ úzké vazby a její problémy) nazval Casriel „procesem budování nové identity“. Léčba spočívá v překonávání strachu z blízkosti, když zážitek lidské blízkosti ve skupině vyvolává bolest z toho, co bylo dříve odpíráno. Bolestivou zkušenost z minulosti je třeba emočně zpracovat a pak si klient dokáže užít fyzickou a emoční blízkost.

Vzhledem k východiskům uvedeným výše je možno připomenout přístupy neopsychoanalytických směrů v léčbě pacientů s hraničními poruchami osobnosti. Winnicott (1960) považuje za terapeutický úkol umožnit pacientovi rozvinout svoje „pravé self“, přičemž je nutno vystříhat se narušení self během terapeutické regrese. Úkolem terapeuta je vytvořit přechodný objekt podobný mateřskému, když pacient byl v tomto smyslu vývojově deprivován. Winnicott považuje terapeutovu intuitivně empatickou přítomnost za užitečnější než verbální interpretaci.

Bion (1967) z toho odvozuje teorii, že mateřské intuitivní denní snění („reverie“) umožňuje matce zabudovat a integrovat dítětem projikované, disperzní, fragmentované primitivní zkušenosti s frustrací, a to cestou jejího intuitivního porozumění dětským nesnázím. Bion to označuje jako „konteiner“, který organizuje projikovaný „obsah“. Podobně jsou disperzní, deformované patologické elementy pacientovy regresivní zkušenosti projikovány na terapeuta a pacient je používá jako konteiner (organizér), a to vždy, když není schopen tolerovat svou sebezkušenost.

Winnicott i Bion zdůrazňují terapeutickou schopnost práce s hraničními klienty, která spočívá v dovednosti porozumět kognitivním a emočním aspektům terapeutické situace a integrovat je. Winnicott se soustředil více na emoční podporu, Bion spíše na kognitivní zvládnutí problému.

Kernberg (1984) se v této souvislosti zabývá technikou expresivní psychoterapie modifikovanou pro hraniční pacienty. Tato vyžaduje dodržování pevných hranic v terapeutické situaci. Terapeut musí být na pozoru před nebezpečím být vysáván v rámci reaktive pacientových patologických primitivních objektových vztahů. Za klíčové techniky se zde považuje klarifikace a interpretace, přičemž interpretace se podává nejprve v kon-

textu „zde a nyní“ a ke genetické rekonstrukci se přistupuje teprve v posledních fázích terapie, kdy primitivní přenosy odvozené od částečných objektových vztahů jsou transformovány do vyšší úrovně přenosů, resp. do vztahů k celému objektu.

Moje empirická zkušenost vychází z více než 10leté tradice českých terapeutických komunit a chápe terapeutické programy pro toxikomany jako pozoruhodný konglomerát pevných pravidlových hranic a empatického porozumění. Na své terapeutické cestě je pacient konfrontován s modelovou realitou, přičemž jeho aktuální adaptace často selhává a jedinec se ocitá v krizi. Učení se zvládání krizí považuji za jeden ze základních cílů léčby na komunitě. V intencích předložených teoretických východisek považuji ostatně většinu drogových relapsů právě za aktuální selhání adaptivnějších mechanismů, čili za nezvládnutí subjektivně prožívaných krizových stavů.

Na terapeutický proces by se tak mohlo pohlížet jako na interakci specifických léčebných prostředků s převážně nevědomými intrapsychickými konflikty pacienta. Za ústřední problém se považuje žádoucí léčebná změna, která by měla zahrnovat získání přiměřeného sebnáhledu, pozitivního sebepojetí a autonomní identity současně s osvojením základních dovedností a kompetencí.

7. Závěr

V příspěvku hledal autor osobnostní rysy disponující jedince k drogové závislosti. Pokusil se rovněž o integraci teoretických východisek a terapeutické praxe. Většina uvedených poznatků není nová, měl jsem však potřebu podat je v ucelenější a konzistentnější podobě. Pokud by hypotéza dynamické osobnostní toxikomanické dispozice byla platná, znamenalo by to požadavek většího otevření komunikačního prostoru v terapeutických programech. Tato výzva by měla být přinejmenším dále diskutována, zvláště za situ-

ace konstituování oboru adiktologie a v době živých debat na téma personálního zajištění rezidenční adiktologické péče.

Kontakt:

Petr Jeřábek

Psychiatrická léčebna, č.301

790 69 Bílá Voda u Javorníka

E-mail: jerabek@olu.czvv



- 1 Bateson, G. (1972). *The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism*. In G. Bateson, *Steps Toward an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- 2 Berg, J. L. (1990). Differentiating Ego Functions of Borderline and Narcissistic Personalities. *J Pers Assess* 55(3&4), 537- 548.
- 3 Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- 4 Block, J., Block, J. H. & Keyes, S. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 59, 336-355.
- 5 Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness. A penetrating and detailed exploration of the principles behind scream therapy*. New York: Grosset & Dunlap.
- 6 Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- 7 Cohen, D. B. (1976). *Dreaming: Experimental investigation of representational and adaptive properties*. In G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation*, vol.1. New York-London: Plenum Press.
- 8 Cooper, S. H., Perry, J. C. & O'Connell, M. (1991). The Rorschach Defense Scales: II. Longitudinal Perspectives. *J Pers Assess*, 56(2), 191-201.
- 9 Drapela, V. J. (1995). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- 10 Ekselius, L., Lindström, E., von Knorring, L., Bodlund, O. & Kullgren, G. (1993). Personality disorders in DSM-III-R as categorical or dimensional. *Acta Psychiatr Scand*, 88, 183-187.
- 11 Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina et al. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup; 1.díl* (pp. 124-130). Praha: Úřad vlády ČR.
- 12 Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York: Basic Books.
- 13 Hartmann, H. (1939). *Ego psychology and the problem of adaptation* (5th ed.). New York: International Universities Press.
- 14 Hesselbrock, M. N. (1986). Childhood behavior problems and adult antisocial personality disorder in alcoholism. In R. E. Meyer (Ed.). *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 78-94). New York: Guilford Press.
- 15 Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V. M. & Epstein, E. E. (1999). Theories of Etiology of Alcohol and Other Drug Use Disorders. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 50-72). New York-Oxford: Oxford University Press.
- 16 Jeřábek, P. (2003). Imanentní problémy toxikomanovy duše. *Adiktologie*, 3(2), 38-42.
- 17 Jeřábek, P. (2004). *Struktura osobnosti drogově závislých*. Unpublished doctoral dissertation, Olomouc: Univerzita Palackého.
- 18 Jeřábek, P. (v tisku). Klientela terapeutické komunity. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. (Současná praxe)*.
- 19 Jeřábek, P., Jahodová, L. & Mahrová, G. (2003). Sny toxikomanů. *Adiktologie Supplementum* 3(2), 43-45.
- 20 Johnson, V. E. (1973). *I'll quit tomorrow*. New York: Harper & Row.
- 21 Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Basic Books.
- 22 Kendler, K. S. (1995). Genetic epidemiology in psychiatry; Taking both genes and environment seriously: Commentary. *Archives of General Psychiatry*, 52, 895-899.
- 23 Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *J.Amer. Psychoanal.Assn.*, 18, 800-822.
- 24 Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis* (3-th ed.). New York: Jason Aronson, pp. 299.
- 25 Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale University Press.
- 26 Khantzian, E. J., Halliday, K. S. & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York: Guilford Press.
- 27 Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International University Press.

Literatura

- 28 Kooyman, M. (1993). The therapeutic community for addicts. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- 29 Kostořnová, T. (2003). Psychologická diagnostika. In K. Kalina et al. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*; 1.díl (pp. 238-242). Praha: Úřad vlády ČR.
- 30 Krystal, H. (1984). Character disorders: Characterological specificity and the alcoholic. In: E. M. Pattison, & E. Kaufman (Eds.). *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York: Gardner Press.
- 31 Leeds, J. & Morgenstern, J. (1996). Psychoanalytic theories of substance abuse. In F. Rotgers, D. S. Keller & J. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse*. New York: Guilford Press.
- 32 Lerner, P. M. (1991). Psychoanalytic theory and the Rorschach. Hillsdale-London: The Analytic Press.
- 33 Lerner, J. V. & Vicary, J. R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York Longitudinal Study. *Journal of Drug Education*, 14, 1-8.
- 34 Mase, L. C. & Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 62-68.
- 35 McCrady, B. S., Kahler, C. & Epstein, E. E. (1998). Families of alcoholics. In N. N. Singh (Ed.), *Comprehensive clinical psychology*. Vol.9., Applications in diverse populations. Oxford: Elsevier Science.
- 36 McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York, Norton.
- 37 Millon, T. & Davis, R. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. New York, John Wiley & Sons.
- 38 Nešpor, K. & Csémy, L. (2006). Spiritualita a praktické lékařství. *Praktický lékař*, 86(8), 465-467.
- 39 Ohannesian, C. M. & Hesselbrock, V. (1995). Temperament and personality typologies in adult offspring of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 318-237.
- 40 Počarovský, O. (1999). Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v níz-
koprahovém zařízení. *Konfrontace*, X(3)-příloha, 42-45.
- 41 Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- 42 Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- 43 Rolls, E. T. (1999). *The brain and emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- 44 Řičan, P., Šebek, M., Ženatý, J. & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p.
- 45 Segal, B. M. & Stewart, J. C. (1996). Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 193-210.
- 46 Simon, F. B. & Stierlin, H. (1995). *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995.
- 47 Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- 48 Stempelová, J. (1982). Psychologická charakteristika osob závislých od psychofarmák. *Protialkohol Obz*, 17(2), 81-84.
- 49 Svoboda, M. & Habánová, Z. (1981). Některé osobnostní rysy mladistvých toxikomanů. *Protialk Obz*, 16(4), 199-204.
- 50 Tarter, R. E. McBride, H., Buopane, N., & Schneider, D. (1977). Differentiation of alcoholics according to childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking patterns. *Archives of General Psychiatry*, 43, 761-768.
- 51 Tarter, R. E., Kabene, M., Escallier, E. A., Laird, S. B. & Jacob, T. (1990). Temperament deviation and risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 14, 380-382.
- 52 Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- 53 Vojtík, V. (1987). Zneužívání návykových látek u adolescentů. In: *Psychiatrický výzkum bezprostředně pro praxi*. Praha: VÚPs.
- 54 Vojtík, V. & Břicháček, V. (1987). *Mládež ohrožená toxikomanií*. Praha, VÚPs.

- 55 Whitfield, Ch. L. (1991). Co-dependence, závislosti a příbuzné poruchy. Olomouc: Sananim Olomouc.
- 56 Wills, T. A., Sandy, J. M. & Yaeger, A. M. (2001). Time Perspective and Early-Onset Substance Use: A Model Based on Stress-Coping Theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 118-125.
- 57 Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. *Journal of studies on Alcohol*, 57, 627-637.
- 58 Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, 37-55 .
- 59 Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 227-258.
- 60 Zalewski, C. & Archer, R. P. (1991). Assessment of Borderline Personality Disorder- A Review of MMP and Rorschach Findings. *J Nerv Ment Dis*, 179, 338-345.