

The Role of Intrapsychic Imbalance in the Development, Maintenance, and Treatment of Addictive Disorders



MIKOTA, V.

Department of Psychotherapy of the Postgraduate Medical Institute, Prague, Czech Republic

Citation: Mikota, V. (2009). Podíl intrapsychické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 52–59.

SUMMARY: *The behaviour of patients dependent on addictive substances, their destructiveness and self-destructiveness, raises concerns in all the people who come into contact with them, including those who are there to treat them. Therapists find themselves in (perceived) situations when they become convinced that patients must be prevented from engaging in certain behaviours, but they would have to be omnipotent to achieve this.*

At moments when a dependent patient does not show destructive behaviour and – perceived from the outside – a certain process develops within the therapeutic relationship, the therapist may become overwhelmed by a sense of uselessness associated with counter-transference. He/she feels that the patient is more or less successfully controlling his/her internal balance without the use of drugs, while the therapist is involved in this only little, rather as a witness, or not at all.

The case study is referred to here in order to illustrate how this apparent irrelation on the part of drug-dependent patients may be used in psychotherapy.

KEY WORDS: TRANSFERENCE – NARCISSISTIC CRISIS – PROJECTIVE IDENTIFICATION

Submitted: 03 / JULY / 2009

Accepted: 21 / SEPTEMBER / 2009

Read at the 15th National Conference of the Society for Addictive Diseases CzMA, and the 48th National AT Conference, Měříň/Slapy, 31 May – 4 June 2009, and adapted for print.

Address for correspondence: Václav Mikota / vaclav.mikota@tiscali.cz / Šafaříkova 16, 120 00 Prague 2, Czech Republic

Podíl intrapsychické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch



MIKOTA, V.

Subkatedra psychoterapie IPVZ, Praha

Citace: Mikota, V. (2009). Podíl intrapsychické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 52–59.

SOUHRN: Chování pacientů závislých na návykových látkách, jejich ničivost a sebeničivost, vzbuzuje obavy u všech lidí, kteří s nimi přicházejí do styku včetně těch, kteří je mají léčit. Terapeuti se (subjektivně) ocitají v situacích, kdy nabývají přesvědčení, že pacientům je třeba v určitých formách chování zabránit, ale k tomu by potřebovali disponovat všemocí.

Ve chvílích, kdy se závislý pacient nechová ničivě a – zvenku nahlíženo – mezi ním a terapeutem probíhá jakýsi proces, bývá terapeut zaplaven protipřenosovým pocitem neúčinnosti. Cítí, že pacient více nebo méně úspěšně reguluje svou vnitřní rovnováhu bez použití drogy, ale terapeuta k tomu používá málo, spíše jako svědka, nebo vůbec ne.

Na citovaném kazuistickém příspěvku chci ilustrovat, jak lze této zdánlivé nevztažnosti drogově závislých pacientů využít při jejich psychoterapii.

KLÍČOVÁ SLOVA: PŘENOS – NARCISTICKÁ KRIZE – PROJEKTIVNÍ IDENTIFIKACE

● 1 ÚVOD

Jakmile byla závislost na návykových látkách přijata medicínou jakožto nosologická jednotka, stalo se (podle pravidel lékařské vědy) nezbytným popsat její etiologii a patogenezu a stanovit náležité postupy jak ji „lege artis“ léčit. Jakožto psychoanalytik se zde nebudu zabývat objevy, jež byly na téma látkové závislosti učiněny biochemiky, genetiky, neurovědy a příslušníky dalších oborů. K jejich výčtu si netrou-

fám, nejsa v nich dostatečně zasvěceným. Jejich příspěvků, musím přiznat, si však často cením více než některých psychoanalytických hypotéz o závislostech.

Psychoanalýza vznikla v roce 1900. Její vývoj proběhl v pěti obdobích:

- (1) prepsychoanalytickém v letech 1881–1900,
- (2) překladatelském /1900–1923/,
- (3) klasickém /1923–1939/,

Došlo do redakce: 3 / ČERVENEC / 2009

Přijato k tisku: 21 / ZÁŘÍ / 2009

Předneseno na XV. celostátní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 48. celostátní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Měříň 31. 5. – 4. 6. 2009, a upraveno pro tisk.

Korespondenční adresa: Doc. MUDr. Václav Mikota, CSc. / vaclav.mikota@tiscali.cz / Šafaříkova 16, 120 00 Praha 2

- (4) egopsychologickém /1939–1981/, a konečně
(5) integrativním /1981–dosud/.

V prepsychoanalytickém období se Sigmund Freud a Josef Breuer závislostmi na NL nezabývali. V překladatelském období měli průkopníci této metody k dispozici topografický model mysli a určitou představu o psychosexuálním vývoji člověka. Poruchy, jimiž se zabývali, se snažili chápat z hlediska konfliktu mezi přítomnými (dospělými) zájmy pacienta se znovuožilými přáními nebo potřebami z jeho ranějších vývojových fází. Závislost na NL považovali zprvu za neurózu. Po neúspěšných pokusech o psychoanalytickou léčbu dospěli k názoru, že závislí pacienti buďto částí své mysli regredovali příliš hluboko, až do orální fáze psychosexuálního vývoje, nebo se tato část z oněch dávných „orálních cílů“ nikdy úplně nevymanila. Nabyli přesvědčení, že konflikt „orálních potřeb“ s aktuálními dospělými zájmy není dostupný (interpretovatelný) psychoanalytickými prostředky zásahu a na léčbu těchto pacientů na čas rezignovali. V tomto období vznikl pojem „orálně závislá osobnost“ však dlouho platil jako název celoživotní **psychologické dispozice** ke vzniku nějaké látkové závislosti (blíže viz Ferenczi, 1927 a Rickman, 1925).

Z překladatelského období pochází též představa, že vznik závislosti je podmíněn snahou pozdějšího pacienta o **samoléčbu**, o neúspěšné úsilí harmonizovat svou emoční rovnováhu. V pozdější pozměněné podobě nazývané snahou o **samoregulaci** (Khantzian, 2003) přetrvává toto pojetí v psychoanalytické literatuře dodnes. Zájemce o bližší seznámení se s ranými psychoanalytickými hypotézami o psychologických dispozicích k závislostem odkazují na knihu Veikko Tähkä „The Alcoholic Personality“ (1966).

K závislostem na NL se někteří psychoanalytici vrátili až v sedmdesátých letech, ke konci egopsychologického období vývoje našeho oboru (Wurmser, 1974, 1978; Khantzian, 1972, 1978; Krystal et Raskin, 1970). Jmenovaní autoři jsou nebo byli psychoanalytičtí psychiatři, kteří se snažili obohatit v té době hlavně behaviorální (režimovou) léčbu o intrapsychický rozměr s pomocí skupinové psychoanalytické terapie v léčebnách nebo stacionářích. Pozorný čtenář, který je zároveň terapeutem závislých, mi může vytknout, že opomím hnutí Anonymních alkoholiků, jejichž léčba byla už mnohem dříve vybudována na skupinových procesech. Činím tak záměrně, aniž bych chtěl znevažovat jejich nezanedbatelný podíl na léčbě závislosti proto, že působí mimo zdravotnickou sféru a jejich zásady a metody ovlivňování jsou z mnohých publikací dostatečně známy.

Zájem o závislosti na NL byl u jmenovaných psychoanalytických autorů probuzen tehdy vznikající **psychologii self** (Kohut, 1971, 1977). V Chicagu působící emigrant z Vídně Heinz Kohut (1913–1981) mocně přispěl k revizi pojmu **narcismus** v psychoanalýze. Umožnil nám nahlédnout, že „narcistický“ pacient není člověk, který by měl „raději sebe než ty druhé“, ale otrok své povinnosti být „zcela

výjimečným člověkem“, protože v opačném případě by „o něj nikdo ani bicykel neoprel“, zemřel by v bídě jako všemi opuštěný asociál. Původní „narcistický pacient“ byl reinterpretován jako **nositel narcistické nerovnováhy**. Toto přeznačkování nejlépe ilustruje následující anekdota: sešli se po třiceti letech dva spolužáci. Jeden z nich byl slavným spisovatelem, druhý instalátérem. Měli si o čem povídat. Po dvou hodinách zábavy řekl ten spisovatel: „Je mi nějak trapné, že si povídáme jen o mně. Nemohli bychom změnit téma? Například, co si myslíš o mé poslední knize?“

Ten spisovatel nebyl jen „do sebe zahleděný narcis“. Stál o kontakt s bývalým spolužákem. Jeho přání „objektivně se vztahovat“ (kamarádit se) však oponovala nenasytitelná potřeba být tím druhým uznán jako „zcela výjimečný“ člověk, protože jinak by mu nevěřil, že se s ním chce kamarádit.

Podle Kohuta (1971) nemají tito lidé, jak jsme se dříve domnívali, „více sebelásky než potřeby vztahovat se k druhým“, ale pro svůj **povinný exaltovaný já-ideál** (Freud, 1914) jsou **narcisticky zranitelnější** (ve věci své sebeucty citlivější) než většina ostatních. Stav, ve kterém člověk právě zažívá, jak se jeho prožitek sebe samotného hrubě nekryje s pro něj povinnou dokonalostí, nazývá Wurmser (1974) **narcistickou krizí**. Setká-li se v tomto stavu opakovaně s pro něj ulevující návykovou drogou, může snadno dojít k rozvoji závislosti.

Zde bych rád zdůraznil, že pacienti s touto povahovou zvláštností nejsou disponovanější k drogovým závislostem v porovnání s ostatními. Daleko častěji tuto poruchu „odehrávají“ ve vztazích s druhými lidmi, které nutí, aby se stali jejich **narcistickými oporami**, čímž je proti sobě popouzejí a ve svých přirozených skupinách se stávají neoblíbenými. Pokud jsou obdařeni nějakými vlohami, snaží se je co nejlépe rozvinout a získat skutečný obdiv za to, co dokázali. Dosažený úspěch jim však dlouhodoběji nepomáhá uspokojit zvýšenou potřebu mít „objektivně doloženou“ svou povinnou dokonalost, jak ilustruje např. Jack London na osudu titulní postavy svého románu „Martin Eden“, která v závěru příběhu umírá sebevraždou právě na vrcholu své slávy.

Narcistickými krizemi totiž netrpí jen pacienti popsaní Heinzem Kohutem (1971, 1977). Jsme k nim disponováni všichni. Neznám nikoho (včetně sebe), kdo nikdy žádnou takovou krizí neprošel. Snadněji v nich však (s pomocí alkoholu nebo drogy) uvízne ten, kdo nepřivykl pro jiné automatické každodenní introspekci ve smyslu „něco si myslet o tom, co prožívám“ a místo toho dává přednost vnitřnímu stavu, který dnes mladí lidé s oblibou nazývají „**být v pohodě**“, tj. snažit se zbavit všeho, co tento stav pohody ruší.

V článku z roku 1974 si Leon Wurmser pochvaloval výsledky režimové terapie závislých, obohacené poznatky psychologie self. Ve své o čtyři roky později napsané knize (Wurmser, 1978) je už k výsledkům takové léčby skeptičtější, ale dál trvá na své představě nereflektované narcistické krize jakožto podstatné podmínky vzniku závislosti na NL.

Když jsem před 25 lety začal pracovat v protialkoholní léčebně, byl jsem ve své paralelní psychoanalytické praxi zaujat psychologií self a dychtil ji vyzkoušet při skupinové terapii lojovických pacientek. Jak popisují ve své pozdější práci (Mikota, 1995), zarazila mě neochota pacientek přibrat mě jako svědka a pomocníka svých introspekci. Brzy jsem dospěl k názoru, že pacienti, kteří se stali závislími na nějaké látce, o psychoanalytickou terapii nestojí kvůli pro ně neúnosným stavům studu, jež v nich sdílená introspekce probouzí.

● 2 MÝTUS

V souladu s tématem letošní měřínské konference jsem právě představil svůj mýtus o neochotě nositelů závislosti na NL k náhledové terapii. Z oboru jsem odešel ve víře, že pro závislé je asi opravdu lepší, když se zaměstnají něčím užitečným a budou sportovat, aby nabyli nějaké dobré zkušenosti pro svůj příští pozitivnější sebeobraz a v této snaze nebyli rušeni studem za to, co dělali dříve, a „suchými recidivami“, jež by ohrožovaly ze všeho nejdůležitější trvalou abstinenci od drogy. Trápilo mě pomýšlení, že tento způsob výcviku k abstinenci sice pomáhá žít bez drogy, ale utvrzuje intrapsychickou nerovnováhu, jež ke vzniku závislosti vedla. Např. ve smyslu: „Už nesmím být srab. To, co jsem dříve zapíjel, musím nyní přetlout nějakou užitečnou činností a na své bažení zapomenout“. Dosti často jsem se setkával s abstinujícími závislími, které jejich životy „přestaly bavit“. Jediné uspokojení měli z toho, jací jsou hrdinové, vydrží-li to bez své návykové látky, a že je jejich blízcí už neodmítají.

Teprve nedávno jsem se v psychoanalytické literatuře setkal s novými pokusy o náhledovou léčbu drogově závislých a dočetl se, jak jsem mohl dospět k popsanému osobnímu mýtu, že se svou metodou nemohu být těmito lidem nijak prospěšný. V Lojovicích jsem si neuvědomoval jednu svou předpojatost, **znechucení častými recidivami** abusu, které jsem vědomě sdílel s ostatními členy personálu. Pacientky ji se mnou sdílely nevědomě. Pod tlakem pro sebe neúnosného studu za to, že opět pijí (nebo chtějí pít) se nevědomky uchýlily k té formě vzájemné komunikace, kterou nazýváme **projektivní identifikace**. Nebudu Vás zatěžovat historií vzniku tohoto pojmu. Uvedu jen jeho v současnosti platnou charakteristiku podle Thomase Ogdena (1982). Projektor (v tomto případě pacientka) má nějaké neúnosné pocity, např. stud za recidivu. Nevědomky se jich zbavuje tím, že je s pomocí verbálních i neverbálních interakcí (popíráním recidivy, obviňováním druhých, povýšeným chováním nebo i jinak) „implantuje“ do recipienta (terapeuta). Výsledkem této nevědomé komunikace byla zlost, nenávist a pohrdání terapeutů vůči pacientce. Tím nechci říci, že členové terapeutického týmu takové pocity vůči pacientkám otevřeně projevovali. Samozřejmě se snažili být korektní, ale pacientky dobře cítily, co se za naší slušností

schovávalo. Samy nenáviděly tu součást sebe, která přerušila abstinenci. V zájmu zachování vztahu s terapeutem, u nichž předpokládaly podobnou znechucenost, do nás tuto nenávist „vtlačovaly“ a my ji bezmyšlenkovitě přijímali, abychom se mohli dál domlouvat s jejich k abstinenci motivovanou součástí self. Tato „slepá ulice“ znemožňovala, aby se do psychoterapeutického procesu dostala právě ta léčby potřebná součást self, kterou jsme společně (my vědomě a před pacientkami domněle skrytě, kdežto pacientky z velké části nevědomě) nenáviděli a znevažovali.

● 3 KAZUISTICKÁ UKÁZKA

Její autorkou je americká psychoanalytická terapeutka Lisa Directorová (2005), z jejíž práce budu nyní rozsáhle citovat.

„Drobná 25letá dívka Tina se v prvních sešších rozpomínala na historii svého užívání kokainu a bojem s ním včetně poslední masivní recidivy. ‚Bývalo to jako obrovské týdenní flám.‘ Její únava kontrastovala s ještě doznívající snahou o euforický prožitek. Kvůli euforii užívala kokain několik let. Pak se tento pro ni žádoucí účinek vytratil. Po několika příjemných minutách přešla do vlekloucí se agitované vztahovačnosti a dalších několik dnů se tělesně vzpamatovávala. Zdvořile odbyla mou snahu hledat s ní nějaké precipitující okolnosti tohoto cyklu. ‚To máte, jako když prší, nebo je sluníčko,‘ a nutila mě, abych jí honem dala nějaké rady, co má teď hned dělat“.

Podle mínění Lisy Directorové je v psychoterapii drogově závislých nejdůležitějším úkolem najít určité typy poruch vztahovosti, které s sebou pacient od útlého dětství vleče a ulevuje si od nich užíváním drog. Konflikty s nimi spojené je třeba zformulovat na úrovni symbolického myšlení, znovuprožít je v terapeutickém vztahu a spojit je s nově nabytou zkušeností (mj. např. s tím, že interakce s druhým člověkem může dostatečně oživovat, i když ne tak prudce euforizovat, že s druhým je dokonce možné i odpočívat, aniž to má vedlejší toxické účinky). Takové hledání psychologických významů skrytých za bažením po určité látce samozřejmě není jediným a naprosto spolehlivým prostředkem k „demontáži“ závislosti. Podporuje však pacientovu všímavost k prožitkům ve vztahu, jež jsou pak snadněji zkoumatelné, a tím měnitelné.

Davies (1996, 1997, 1998) navrhuje zvláštní techniku „terapeutické disociace“ za tím účelem, aby se objevila a do terapie byla přizvána „určitá disociovaná část (pacientovy) zkušenosti a doslova zaplnila většinu přenosově-protipřenosových interakcí“. Její zviditelnění v situaci zde a nyní v bezpečí terapeutické situace umožní zkoumání historických kořenů pacientových patických očekávání a usnadní inkorporaci nových a jinak organizovaných významů.

Jak ale „pozvat na scénu“ onipotentní část uživatele drog? Tento úkol není lehký za předpokladu, že pacient chrání terapeuta před plným nápořem své všemoci a zároveň chrání svůj vlastní (ze svého hlediska kýžený) prožitek

tohoto stavu. Vymýšlet způsoby, jak přizvat pacientovu odštěpenou všemoc do procesu, vyžaduje velkou flexibilitu na straně terapeuta.

Lisa Directorová pokračuje:

„Tina navzdory odrazování za strany AA stála o častější terapeutický kontakt se mnou. Snažila se zkoumat pozaří své závislosti a pocity s ní spojené, dařilo se jí téměř nic nebrat, ale neabstinovala. Opakovaně se stávalo, že po řadě produktivních sessí přišla a stěžovala si na „špatnou noc“, relaps. Zpočátku mě to rozčilovalo, ale jak se tento vzorec opakoval, moje reakce se změnila. Jako by Tina vedla život, v němž jsem já zcela nepodstatná, a naše práce na něm nic nemění. Její osobní historie vrhala trochu světla na tuto interakci. Byla nejmladší ze šesti dětí amerického otce a asijské matky. Otec byl manažerem nadnárodní společnosti a matka její administrátorkou. Rodina se často kvůli práci rodičů stěhovala. Nejdelší dobu vyrůstala Tina na západním pobřeží, v době terapie byla nadějnou a žádanou návrhářkou společnosti sídlící na severovýchodním pobřeží. Většina teoretiků přisuzuje velký význam zneužívání dětí nebo špatnému zacházení s nimi. U Tiny nic takového nebylo.“

Podle názoru Lisy Directorové je užívání drog víceméně „ekumenický“ příznak, který má kořeny v raných vztazích. Ty mohou, ale nemusejí být tak strašné. O svém poutu k rodině Tina říkala, že je „vášnivá“. Často se s jejími členy vídala. Její dovednosti v mezilidských i profesionálních vztazích svědčily o tom, že její výchova nepostrádala láskyplné vztahy.

Jako nejmladší člen rodiny mohla prožívat téměř nepřetržitý proces změn, na něž neměla nejmenší vliv. Z jejího vyprávění jsme mohli konstruovat, že sourozenci dozrávali příliš rychle na to, aby potřebovali její společnost. Vzpomínala např., jak se její starší sestra dožadovala samostatného koupání, nechtěla být ve společné vaně s „tou malou“. Vrstevnické skupiny jejích sourozenců před ní prchaly. Každý z takových okamžiků prožívala Tina jako ztrátu a zradu. „Kdykoli ode mne někdo takhle odešel, přestala jsem věřit, že předtím mezi námi vůbec nějaký vztah existoval.“ Vyrůstání za doprovodu neustálých ztrát v Tině posilovalo prožitek bezmoci.

Z Tinina vyprávění nebylo patrné, zda jí rodiče dost účinně pomáhali se s neustálými ztrátami vyrovnávat. Matka zřejmě nebyla optimálně dostupná. Tina obdivovala její šarm, lesk a vřelost při firemních večírcích, na které ji rodiče s sebou brali. Práce však poutala většinu matčiny pozornosti, dokonce celý první rok jejího života byli rodiče mimo domov na pracovních cestách.

Podle Winnicotta (1964): „Dítě snad věří své iluzi, že reálný prs je přesně to, co vytvořila jeho potřeba, chtivost a první popudy primitivní lásky. Tisíckrát předtím, než je odstaveno, přijme tento speciální úvod do vnější reality od jedné ženy, své matky. Tisíckrát zažilo pocit, že to, co chtělo, bylo vytvořeno a objevilo se před ním.“

Tina neměla možnost zakusit pro tuto fázi života nezbytnou iluzi, která normálně předchází základní důvěře. Namísto útvaru „vzniklo to, co jsem si přála“, byla svou zkušeností podporována ve víře, že „to co potřebuji, si musím na světě vynutit“.

„Můj vlastní pocit nedůležitosti pro Tinu,“ říká dále Lisa Directorová, „byl asi protějškem jejího vlastního pocitu vyloučenosti, který od malička tak špatně snášela.“

V jejím vývoji byl podstatný další prvek. Ještě před jejím narozením najali rodiče chůvu, která je později na všech cestách doprovázela. Jakožto nejmladší z dětí získala Tina s touto oduševnělou osobou zcela výlučný vztah. Byla její společnicí při hrách a zdroj plného bezpečí. V noci (ze strachu před tmou) se často vplížila do jejího pokoje a chůva ji klidně vzala k sobě do postele. „Byla moje,“ říkala Tina. Nejcennější dar, který jí chůva mohla dát, byl čas, vlastně prožitek bezčasí. Reflektujíc tento vztah, Tina vyhrkla: „Vždycky jsem chtěla intenzivní dvojici.“

V jejích rukou se kokain stal nástrojem „sociálního designu“. Brala si ho na obvyklé, v její branži časté večírky. Jeho účinkem vznikl „kordon“, který chránil ji spolu s jednou osobou, nejvíce dvěma komplici. Vedla s nimi živé a oduševnělé hovory, kterým nikdo z ostatních nerozuměl. Kokain ji chránil i před únavou. „Krása kokainu,“ vysvětlovala Tina, „spočívala v tom, že anuloval čas, dával jí ‚falešný čas‘.“ Kokain byl zkrátka nástrojem všemoci, který jí pomáhal „zabrat si“ lidi do výlučného kontaktu, který „nikdy nekončil“. Měla potřebu lpět na lidech, „držet si je“. Jednoho způsobu jak rozumět Tinou upřednostňovanému vztahu („intenzivní dvojice“) se dotýká Bach (1985, 1994), když říká, že v narcistických stavech prožívají lidé objekt nebo preferovanou drogu jako pomůcku k regulaci své pohody. V případě Tiny to navazuje na ranou zkušenost „dvojnásobné jednoty“ s chůvou. Jiný pohled nabízí Rosenfeld (1964), který se soustředil na úlohu všemoci v narcistických objektivních vztazích, zejména na potřebu „vlastnit objekt“. „Jestliže dítě všemocně vlastní matčín prs, ten ho nemůže ani frustrovat, ani v něm probouzet závist.“

„Tina i já jsme nahlížely její potřebu přivlastňovat si lidi (s pomocí kokainu) jako reakci na dávnou dětskou bezmoc. Nazývaly jsme ji „**věc držení**“. „Ta věc je ale zrádná,“ řekla jednou. „Nemilosrdnost toho (mého) stisku ve stavu všemoci mě nutí Vás před ním chránit. Toho druhého si musím zúžit (zredukovat), abych věřila, že mám pro sebe jeho plně angažmá... Také nevím, jak Vás dostat z ‚doktorské škatulky‘,“ řekla, narážejíc na rozpor mezi svou potřebou vlastnit mě a analytickým uspořádáním. Naše sesse vnímala trochu jako „hodiny piana“. Připouštěla, že navyklý setting v sobě obsahuje určité bezpečí v tom smyslu, že bude-li mě chtít uchopit do své „věci držení“, spolehlivě ji zklamu. Zůstanu v „doktorské krabičce“. Navrhovala: „Pojďme někam jinam,“ a doslova tím myslela opustit ordinaci, abych se mohla stát „jejím objektem“.

Tina si občas dál brala kokain a já se stále cítila být zbytečná. Nijak nápomocná v abstinenci a nijak účinná se svými interpretacemi. Mezi námi se ustálila následující rutina: Tina svědomitě přinášela všechny okolnosti svého abusu a já pečlivě nabízela interpretativní hypotézy. Vyčerpala jsem celý svůj teoretický zásobník a stále nic „nepadlo do důlku“.

Při psychoanalytické léčbě látkově závislých se dodržuje zásada, že terapeut nezasahuje (neinterpretuje) ve chvíli, kdy je pacient intoxikován. V tomto smyslu použila L. Directorová několika parametrů (vědomých ústupků od pravidel). Tina jí několikrát telefonovala pod vlivem kokainu, žádonic o podporu ve chvíli, kdy byla s někým ve sporu. Terapeutka s ní o tom neodmítla mluvit, což mívalo v následující sessi za následek větší pacientčinu důvěru a otevřenost. Parametry vyvrcholily při následující události: pozdě večer volala Tina terapeutce, že u ní doma probíhá večírek. Všichni jsou v „nejlepší náladě“ (zpití a zdrogování), kdežto ona je smrtelně unavená. Potřebuje je dostat pryč, aby si mohla konečně lehnout a vyspat se na zítřejší sessi. Terapeutka slyšela Tinino úzkostné drkotání zubů a ryk rozjařené společnosti. Nechala se pacientkou uvést do situace a po telefonu ji navigovala v postupných krocích jak společnost rozpustit a konečně si lehnout. Jak říká autorka kazuistiky, „projevila jsem k ní receptivitu, ale také jsem se snažila neignorovat její intoxikaci“.

„Tinina fantazie při sessích se ukazovala být stále účinnější pomůckou k tomu, aby používala svého self a mne vyváděla z ‚doktorské krabičky‘. Měla mimořádnou schopnost hrát si (dědictví raného vztahu s chůvou). Schopnost symbolizace není typická pro uživatele drog, jejichž příznakové jednání – polykání látky – je ztělesněním selhání symbolických funkcí (Wurmser 1977, 1978). Můj způsob práce s Tinou podporující fantazii nemusí být použitelný u všech látkově závislých pacientů.“

„Kdybyste nebyla mou terapeutkou,“ prohlásila Tina po jednom osamělém víkendů plném pokušení vzít si kokain, „pozvala bych Vás do baru, abychom si daly trochu kokainu.“ Požádala jsem ji, „zahrajme si to“, a Tina rovnýma nohama vskočila do příběhu, „povídaly bychom si o mém novém projektu, stěžovaly si na každodenní frustrace, vtipkovaly na účet číšníka a svou dávnou vzájemnou blízkost bychom posilovaly hromadami kokainu“.

V této fantazii (kromě mnoha podobných dalších) Tina přijala úlohu sociální průvodkyně své méně zasvěcené „kámošky“ v dobrodružstvích na plážích nebo v cizokrajných městech, která jsme si užívaly s pomocí alkoholu nebo drog, stmelené v „intenzivní dvojici“. Musí mít člověk zkušenost s drogami, aby se stal účinným pomocníkem závislých? Podle mého mínění ne, ale musí mít zájem o jejich chutě a potřeby, jež je vedou k užívání, a neměl by se od nich štítlivě odtažovat, aby se v pacientčiných očích mohl stát představitelným a přijatelným spoluúčastníkem jejího života.

Moje flexibilita ve vztahu k terapeutickému uspořádání, soudě podle Tininých fantazií, uvolnila její zdrženlivost a snahu uchránit mě před svým bezohledným stiskem v útvaru „intenzivní dvojice“. Například v jedné sessi ke konci dlouhé zimy začalo opět sněžit, což v mé tváři vyvolalo výraz sklíčenosti. Tina ke mně přiskočila a objala mě: „Ach Lízo, Vy jste z toho tak nešťastná! Mám k Vám teď takový sladký pocit.“ Rozhlaholila se potěšením nejen z toho, jak jsem se tvářila, ale i pro možnost uskutečnit svůj záměr: tak dlouho si naříkala na nedostatek fyzického kontaktu mezi námi a teď k němu měla tak skvělou příležitost. Její odehrávání své vlastní „dívčí“ součásti bylo jistě usnadněným flexibilnějším přístupem. Při jiných příležitostech vůči mně nebyla jen milující přítelkyně. Jednou jsem cosi shrnovala na téma jejího pokroku v práci, když se jí (bez pomoci kokainu) podařilo několik úspěšných návrhů. Tina ostře odsekla: „Dnes jsem se cítila tak dobře díky té povedené práci... a Vy se mě zase snažíte vtáhnout do terapie. Nechci ani kousek té Vaší terapie!“

Regrese (podle Bromberga, 1998) je nezbytnou součástí „zrání“ v psychoanalýze, protože pacientovi umožňuje najít syrové a nehledané výrazy, jež ožívují přenos a vytvářejí optimální podmínky pro náhled a reorganizaci self. „Přizvat regresivní součást pacientovy organizace self (možno říci i osobnosti) do terapeutického procesu je však možné jen při jeho plné důvěře,“ píše Davies (1997, 1998). Pacient potřebuje věřit, že analytik se orientuje v celém jejich vzájemném vztahu. „Pacient potřebuje nabyt přesvědčení, že analytik přebírá a zodpovědně vykonává svou funkci ochránce (vzájemného vztahu), aby si mohl dovolit regresivní interakce sebe s tím druhým.“

L. Directorová pokračuje: „Protože jsem se svým flexibilnějším pojetím hranic stala pro Tinu dostupnější, mohla riskovat odehrání intenzivnějších pocitů. Do terapie mohly svobodněji vstoupit přímé prožitky její všemoci.“

Došlo k tomu v dozvucích jejich pracovních úspěchů. Významná obchodní korporace si u ní objednala nové logo. Jejich vysocí manažeři jí skládali nadšené poklony. Třebaže v konečném výsledku konkurs nevyhrála, se svými obdivovateli tento úspěch oslavila. „Moje ego je teď obrovské,“ vykřikovala. „Je mi, jako bych byla pořád na kokainu!“ Pocity síly a sebejistoty byly samozřejmými důsledky těchto zážitků. Kromě toho se však dostavil ještě další prožitek – vysvobození ze samoty a jakékoli silné potřeby (buddhisté by řekli „lpění“).

Do terapie přicházela čím dál později. Zmínila jsem se, že to vypadá, jako by teď necítila zrovna silnou potřebu být v analýze. Odsekla mi: „Jestliže mě terapie nezastavila v občasném šňupnutí, vypadá to, že už způsobila všechno, co mohla.“ Zeptala jsem se jí, zda ve světle čerstvých pracovních úspěchů teď nevnímá terapii spíše jako povinnost? „Ano, je to podobné jako muset vyvenčit psa.“ Zeptala jsem se jí, nejsou-li ty moje pocity z jejich pozdních příchodů – že

se mne zbavuje – podobné těm jejím dávným dětským? Na mou otázku připustila, že to, o čem teď mluvím, se s ní vleče celým jejím sociálním životem. Svou nedávnou změnu popsal slovy: „To je jako ‚potřebuju, potřebuju, potřebuju‘, a když přestanu potřebovat, tak ‚jděte všichni do háje!‘“ Uviděla svůj zranitelný „stav potřeby“ v kontrastu se stavem všemoci, který v ní nedávno převládl. Bušila se do hrudníku, provolávajíc „já“, „já je obrovské“. Uvědomila si, jak se (zcela automaticky) povyšuje nad druhé lidi a psychotherapii. „Já s Vámi bojuje o drogy, nevěří v jejich škodlivé účinky“. K tomu jsem dodala: „A ujišťuje Vás, že terapie nepůsobuje žádný podstatný rozdíl.“

Tinina slova je možno vnímat jako vyjádření manické obrany. Kleinová (1935, 1940) přiřadila tento termín (včetně prožitku všemoci) k obranným mechanismům, které vznikají v paranoidně-schizoidní pozici. V následující depresivní pozici se „já“ stává závislým na svých objektech (viz též Segalová, 1964). Rosenfeld použil těchto myšlenek M. Kleinové k tvrzení, že závislost na droze je možno vidět jako snahu posílit všemoc manické obrany, k níž se uchylují lidé, jejichž zranitelné „já“ nemůže vytvářet samostatné obrany (bez interakce se zklamávajícími a zneváženými self-objekty).

„Ve snaze dotknout se její nedosažitelnosti a mých vlastních pocitů nedůležitosti v posledních týdnech jsem jí řekla, že rozumím tomu, jak silné pocity bezmoci v ní (jakožto dítěti) mohl vyvolávat prožitek opuštěnosti. Aby mu unikla, používala drogy nebo jiné prostředky, aby pocítila své „já“, aby se té bolesti zbavila např. tím, že ji vyvolá u druhých včetně mne. Připustila, že pocit potřeby, je „tak děsný, silný a nepřijemný prožitek, že bych nechtěla, aby se mi někdy vrátil“. Pokračovala, „raději bych ho někde nechala, i kdyby to mělo znamenat, že tím obětují někoho jiného, třeba Vás. Je to něco podobného jako zažít pomstu.“

Tina zde na úrovni symbolického jazyka pojmenovala dva navzájem nesmiřitelné stavy self: všemocný stav, prožívaný jako self-syntonní a upřednostňovaný „já“, podporovaný též užíváním drogy, a na druhé straně stav bezmoci, prožívaný jako ohrožení její rovnováhy, a proto odsouzený k disociaci. V současné době používané teorie tvrdí, že disociované stavy se mají sklon projevit především prostřednictvím odehrání (Bromberg, 1993, 1998, 2000; Davies and Frawley, 1994; Stern, 1994). Stern (1994) na základě své předchozí práce a starších Sullivanových představ popisuje odehrání jako „interpersonalizaci disociace: konflikt, který nemůže prožít jedna mysl jako svůj vlastní problém, je prožít **mezi** dvěma subjekty, nebo **prostřednictvím** jejich interakce. Toto tvrzení vyjadřuje ústřední přenosovou událost, která charakterizuje jak léčbu uživatelů drog, tak dynamiku mezi Tinou a mnou: její schopnost vyvolat v terapeutce pocit malosti a impotence, který uniká pacientčinu vědomí.

Projektivní identifikace, stejně jako představa o odehrání, závisí na odcizení součástí self tím, že jsou indukovány v druhých. Představa projektivní identifikace, díky tomu, že vznikla v kontextu objektivně-vztahových teorií, však obsahuje i další prvky, jež jsou zachyceny v našich interakcích s Tinou a napomáhají k vysvětlení mnohých terapeutických „neprůchodností“ (impasses), k nimž dochází s uživateli drog. Podle Ogdenova (1979) popisu jevu projektivní identifikace však nepatří jen ty známé tři kroky (zbavení se určitých obsahů, jejich „vtlačení“ do recipienta pomocí bezděčných interakcí a „processing“ v mysli recipienta – terapeuta proměňující přijatý projektorův obsah v užitečný terapeutický zásah). Projektor umístí určité obsahy do druhé osoby, od níž ho odděluje jen difuzní hranice (analogicky s poutem mezi matkou a dítětem), takže může něco z „přemístěného“ materiálu kontrolovat a manipulovat jím. Z tohoto hlediska přebývala v Tině a ve vztahu mezi námi **směs dvou reprezentací** (opouštějící objekt a bezmocné dítě), což jí bylo natolik nepřijemné, že mě vtáhla do popsaného procesu vlastně z pomsty. Účinek přijaté projektivní identifikace závisí na schopnosti recipienta (terapeuta) provést účinný processing, tj. uvědomit si, že obsah patří pacientovi a v modifikované, pro něj stravitelné podobě, mu ho interpretativně vrátit.

Nehledě na různé teoretické neshody se zastánci představy o disociaci shodují v tom, že terapeutickým cílem je pomoc pacientovi snést vnitřní konflikt. Používají různých termínů: „založení dialogu“ a „vyjednávání“ nebo mluví o „fluiditě“ (tekoucím přechodu) mezi stavy self. Mezi nimi převládá shoda v tom smyslu, že posílení pacientova přijetí disharmonických stavů v konečném výsledku rozšiřuje jeho self. Organizace osobnosti se mění, jestliže pacient nabývá sebereflexe vůči stavům, jež byly dříve disociovány. Našla-li Tina pojmenování pro své dříve odštěpené stavy „ta potřebná“ a „elevované já“, začala si všimnout obou dříve odštěpených pólů svého self a podnikla první kroky ke zdraví, i když z toho nebyla nijak šťastně „odvázaná“.

● 4 ZÁVĚR

V posledních 10–20 letech je v psychoanalýze pozorovatelný jednak odklon od nosologického pojetí léčených obtíží ve smyslu hledání etiologie, patogeneze a preferovaného způsobu léčby a kromě toho jsme se už téměř rozloučili s představou nezaujatého pozorovatele (terapeuta) a jeho objektu (pacienta). Do hry vstupuje i subjektivita terapeuta. Řečeno lapidárně: vstupují-li s někým do psychoanalytického procesu, potřebuji si uvědomit, že žádný z pacientových (jakkoli pro mne zpočátku bizarních) problémů mi nemůže být cizí. Dokud si nemohu představit sebe na jeho místě ve všech jím prožívaných stavech, pacient ke mně nepojme dostatečnou důvěru a o některých, pro něj často nejdůležitějších věcech ho ani nenapadne se mnou mluvit. Se ztrátou nosologického pohledu na léčené poruchy se z naší teorie vytratila

představa o obecných psychologických predispozicích ke vzniku závislosti. Narcistickými krizemi procházejí všichni lidé včetně terapeutů. Věřím, že kdyby autorka citované kazuistiky přijela do bývalých Lojovic, tamější pacientky by s ní o své „odvrácené části self“, jež je táhla do recidiv abusu, mluvily daleko ochotněji než tehdy se mnou.

Uznávám však, že takto riskantní dlouhodobou terapii s občasnými recidivami není možno vést se všemi závislými pacienty.

LITERATURA / REFERENCES

- Bach, S. (1985). *Narcissistic States and the Therapeutic Process*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Bach, S. (1994). *The Language of Perversion and the Language of Love*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Bromberg, P. M. (1993). Shadow and substance: a relational perspective on clinical process. *Psychoanal. Psychol.*, 10:147–168.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2000). Reply to reviews by Cavell, Sorenson, and Smith. *Psychoanal. Dial.*, 10:551–568.
- Davies, J. M. (1996). Linking the „pre-analytic“ with the postclassical: integration, dissociation, and the multiplicity of unconscious process. *Contemp. Psychoanal.*, 32:553–576.
- Davies, J. M. (1997). Dissociation, therapeutic enactment, and transference-countertransference processes. *Gender and Psychoanal.*, 2:241–257.
- Davies, J. M. (1998). Multiple perspectives on multiplicity. *Psychoanal. Dial.*, 8:195–206.
- Davies, J. M. et Frawley, M. G. (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York, Basic Books.
- Director, L. (2005). Encounters with omnipotence in the psychoanalysis of substance users. *Psychoanal. Dial.*, 15:567–586.
- Ferenczi, S. (1927). Alkohol und Neurosen. In: *Bausteine zur Psychoanalyse I.* Leipzig, Wien, Zürich, Int. Psychoanal. Verlag.
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. In: *Ges. W. 10*, London, Imago, 1946.
- Khantzian, E. J. (1972). A preliminary dynamic formulation of the psychopharmacologic action of methadone. In: *Proceedings of the Fourth National Methadone Conference*. San Francisco, CA: National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics.
- Khantzian, E. J. (1978). The ego, the self and opiate addiction: theoretical and treatment considerations. *Int. Rev. Psychoanal.*, 5:189–198.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability. *Neuro-psychoanalysis*, 5:5–21.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Int. J. Psychoanal.* 16:145–174.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int. J. Psychoanal.*, 21:125–153.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Int. Univ. Press, New York.
- Kohut, H. (1977). *Restoration of the Self*. Int. Univ. Press, New York.
- Krystal, H. et Raskin, H. A. (1970). *Drug Dependence: Aspects of Ego Functions*. Detroit, MI: Wayne State Univ. Press.
- Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha.
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 60:357–373.
- Ogden, T. (1982). *Projective Identification and the Psychotherapeutic Technique*. J. Aronson, New York.
- Rickman, J. (1925). Alcoholism and Psychoanalysis. *Brit. J. Inebr.*, 23:66–76.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psychoanal.*, 45:332–337.
- Segal, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York, Basic Books.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tähkä, V. (1966). *The Alcoholic Personality. A Clinical Study*, Vol. 18. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the aetiology of compulsive drug use. *J. American Psychoanal. Assn.*, 22:820–843.
- Wurmser, L. (1977). Mr. Pecksniff's horse? (Psychodynamics in compulsive drug use). In: *Psychodynamics of Drug Dependence (Res. Monogr. No. M12)*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Winnicott, D.W. (1964). *The Child, the Family, and the Outside World. Reading*. MA: Addison-Wesley.