

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

VÝVOJ A UDRŽOVÁNÍ ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ Z PSYCHOANALYTICKÉHO HLEDISKA



Bakalářská práce

Autor: **Eva Tomášková**
Vedoucí: **Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**
Datum předložení: **18. 5. 2010**

Praha

Poděkování

Děkuji Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi CSc. za ochotu a vstřícnost při poskytování postřehů a rad k tématu této bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Praze dne 18. 5. 2010

Eva Tomášková

Obsah

| | |
|--|----|
| Obsah | 1 |
| 1 Úvod, cíl práce a metodologie | 6 |
| 2 Teoretická část | 7 |
| 3 Egopsychologické období..... | 9 |
| 4 Psychoanalytické teorie závislostí | 13 |
| 4.1 Klasické psychoanalytické koncepty | 13 |
| 4.1.1 Fixace v orálním stádiu..... | 13 |
| 4.1.2 Koncepty vycházející ze strukturálního modelu superego – ego - id | 15 |
| 4.2 Teorie podle self – psychologie..... | 15 |
| 4.3 Závislost jako obranný a kompenzační mechanismus | 17 |
| 4.3.1 Závislost jako náhražka strukturálního nedostatku a prožití narcistické krize..... | 17 |
| 4.3.2 Alkoholismus jako vytěšňovatel homosexuálních potřeb..... | 18 |
| 4.3.3 Závislost jako antifobický proces | 19 |
| 4.3.4 Drogy s antiagresivními účinky | 19 |
| 4.4 Závislost a vztah k bolesti | 20 |
| 4.5 Teorie objektních vztahů | 21 |
| 4.6 Závislost na stavu blízkém smrti | 22 |
| 4.7 Teorie psychosomatických poruch..... | 22 |
| 5 Rodina jako původní prostředí pro vznik závislosti | 23 |
| 5.1 Problém kodependence | 26 |
| 6 Fenomenologický a psychodynamický model..... | 28 |
| 7 Kritické hodnocení psychoanalytických teorií | 30 |
| 7.1 Heterogenita závislých..... | 31 |
| 7.2 Vliv užívání návykových látek na projev patologických jevů..... | 31 |
| 7.3 Vývoj patologického užívání návykových látek | 32 |
| 7.4 Názory nesouhlasící s psychoanalytickým pojetím závislosti..... | 33 |
| 8 Přínos psychoanalytických směrů v léčbě závislosti..... | 34 |

| | | |
|-------|---|----|
| 8.1 | Názory a postřehy k terapii závislosti z psychoanalytického úhlu pohledu... | 34 |
| 8.2 | Možné terapie s psychoanalytickým zaměřením..... | 37 |
| 8.2.1 | Kombinovaná terapie kognitivně behaviorálních a psychodynamických směrů | 37 |
| 8.2.2 | Síťová terapie | 38 |
| 8.3 | Postup psychoterapie..... | 38 |
| 8.3.1 | Diagnostická fáze | 38 |
| 8.3.2 | Počátek a střední fáze léčby | 38 |
| 8.3.3 | Pokročilá fáze léčby..... | 40 |
| 9 | Kazuistická část..... | 41 |
| 9.1 | Úvod..... | 41 |
| 9.2 | Časová osa | 42 |
| 9.3 | Rodinná anamnéza | 42 |
| 9.4 | Osobní a sociální anamnéza..... | 48 |
| 9.5 | Zdravotní anamnéza | 53 |
| 9.6 | Trestně-právní anamnéza | 54 |
| 9.7 | Pracovní anamnéza | 54 |
| 9.8 | Drogová anamnéza..... | 54 |
| 9.9 | Současný stav..... | 56 |
| 9.10 | Léčebné intervence | 56 |
| 10 | Diskuse a rozbor kazuistické části..... | 58 |
| 11 | Závěr | 67 |
| | Seznam použité literatury..... | 69 |
| | Příloha 1..... | 72 |

Vysoká škola: Univerzita Karlova v Praze
Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Fakulta: 1. lékařská
Školní rok: 2009/2010

Abstrakt bakalářské práce

Jméno: Eva Tomášková

Obor: Adiktologie

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Rok imatrikulace: 2007

Oponent: MUDr. Martin Hajný

Počet stran: 2

Název bakalářské práce: Vývoj a udržování závislostního chování z psychoanalytického hlediska.

Abstrakt bakalářské práce:

Psychoanalytické směry jsou v souvislosti se závislostním chováním velmi často kritizovány nebo úplně opomíjeny. Přesto by mohly mít důležitý podíl při úspěšných léčebných metodách závislostí, zejména v jejich závěrečných fázích. Jejich hlavní devizou je hledání kořenů a příčin vzniku závislosti. V terapii mohou pomoci objevit nevědomé vnitřní konflikty a traumata, přispět k jejich pochopení a přijetí, což poté může ulehčit psychoterapeutickou léčbu.

Cílem této práce je ilustrovat přínos psychoanalytických směrů v léčbě závislostí. Práce se také snaží poukázat na to, že při doplnění psychoterapie o

psychoanalytický rozbor nabude léčba, za dodržení určitých kritérií, hlubšího významu a zvýší se tak pravděpodobnost její účinnosti.

Práce se dělí na teoretickou a empirickou část. Teoretická část uvádí přehled psychoanalytických teorií vzniku závislosti, popisuje některé charakteristiky závislých osob z psychoanalytických hledisek, a je doplněna o nezbytné kritické hodnocení. Empirická část zahrnuje kazuistiku klientky, která trpí závislostí na alkoholu. Na jejím příběhu se pokouším ilustrovat psychoanalytické poznatky o vzniku a vývoji závislostního chování. Informace jsou získány pomocí rozhovorů, které jsou se souhlasem klientky nahrávány na diktafon a převedeny do písemné formy.

V diskusi je kazuistika rozebrána s využitím Ericksonových vývojových stádií a popsáním časové osy klíčových a významných bodů klientky. Poukazuje také na fakt, že nikdy není přítomen jen jeden faktor, který by předurčil vznik závislostního chování, a je třeba vnímat životní situace, zlomové okamžiky nejen u klientů, ale i u jejich blízkých. Závěr shrnuje cíle práce a konkretizuje předpoklady významu psychoanalytických směrů.

Klíčová slova:

**Psychoanalýza-Závislost-Psychoanalytickéteorie-Terapie závislosti –
Vývojová stádia podle Eriksona**

Title of bachelor thesis: Development and maintenance of addictive behaviour in terms of psychoanalysis

In the area of addictive behaviour, psychoanalytic approaches are very often criticized or completely neglected. Nevertheless they could significantly contribute to the treatment of addictions, especially in its final stage. Their main

contribution is in searching for origins and causes of the addiction. In the therapy they could help to reveal inner conflicts and traumas, and to facilitate their understanding and acceptance.

The main aim of my thesis is to illustrate the contribution of psychoanalytic approaches in the treatment of addiction. Furthermore an effort is made to point out, that if the psychotherapy is enriched by psychoanalysis, and further criteria are fulfilled, the treatment can acquire a deeper meaning, and the probability of its efficiency increases.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part presents an overview of psychoanalytical theories of the origin and development of addiction. It describes some features of the addicted people from the psychoanalytical point of view and the part is completed by necessary critical evaluation. The empirical part contains a case study of a woman who is addicted to alcohol. On her case I try to illustrate the psychoanalytical views of on the rise and development of addictive behaviour. Data are obtained from conversations, that are with the permission of the client recorded on a dictaphone and transcribed into written form.

In the discussion the case study is analysed according to the Erickson stages of development and by describing the time-axis of the keypoints in client's life. The fact is also illustrated, that there is never a single factor that determines the rise of addictive behaviour, but life situations and key moments have to be taken into account. The conclusion summarizes the aims of the bachelor thesis and concretizes the importance of psychoanalytic approaches.

Keywords:

Psychoanalysis-Addiction- Psychoanalytical theories-Therapy of addiction-
Erikson's Developmental stages

1 Úvod, cíl práce a metodologie

Téma psychoanalýzy jsem volila po dlouhém uvážení vzhledem k jeho náročnosti a rozsahu. Na druhou stranu mě velmi zajímá tato problematika, která je, dle mého názoru, často přehlížena a v léčbě závislosti málokdy využívána. Myslím si, že je mnohem snadnější nevěnovat se tomuto tématu, protože je velmi komplikované v teorii a o to hůře aplikovatelné do praxe. Avšak při dodržení určitých pravidel je právě metoda hlubinných terapií v léčbě závislostního chování na místě. Za cíl svojí bakalářské práce jsem si zvolila vykreslit možný přínos psychoanalyticky orientovaných směrů v léčbě závislostí a popsat možné psychoanalytické teorie vzniku závislostního chování v praxi (na kazuistice). Velmi mě zajímá otázka, do jaké míry se psychoanalytické směry mohou podílet na léčbě a jak je výhodné jejich použití načasovat.

Teoretická část se skládá z přehledů psychoanalytických teorií, stručného popisu charakteristiky závislých osob podle psychodynamického modelu, kritiky psychoanalytických přístupů a stručného přehledu postupů terapií. Všechny informace jsou čerpány na základě rešerše z odborné literatury, jejíž podrobný seznam bude uveden v závěru mé práce.

V praktické části jsem chtěla potvrdit svůj cíl na jedné kazuistice. Výběr osoby měl splnit určitá kritéria. Potřebovala jsem klienta/klientku, který trpí závislostí, pochází z neúplné rodiny, prožil dětství, které mělo několik zásadních momentů narušujících zdravý vývoj. Klient měl být sám rodičem. S klientkou Irenou, závislou na alkoholu, jsem se setkala v doléčovacím programu, kam jsem docházela na praxi. Dohodly jsme se, že se sejdeme za určitý čas a klientka mi dala souhlas, že mohu její příběh použít ve své bakalářské práci pod podmínkou změny jména a osobních údajů. Informace jsem získala pomocí dokumentace doléčovacího zařízení (s klientčíným souhlasem), několika dlouhých rozhovorů, které jsem, se svolením klientky, nahrávala na diktafon (a s pomocí vyplnění dotazníku). Záznamy jsem poté utřídila a předělala do písemné formy.

2 Teoretická část

Závislost lze obecně popsat jako touhu po sobě samém. Jako kdyby byl člověk nespokojený se svým bytím a toužil po něčem vyšším, ve snaze najít o sobě ideální vizi, a nacházet se ve vyšším vědomí. Problém je však v tom, že pokud člověk hledá smysl života, nežije v přítomnosti, a tudíž nemůže nikdy dojít k uspokojení. Tento pocit si tak klamavě vyvolává drogou, která mu umožňuje zažívat slastné a nadpozemské pocity, na kterých se postupem času stává závislým. Drogová závislost vzniká prahnutím po rozšíření vědomí. Po požití jakoby droga rozšířila obzory vnímání, ale následuje naopak ještě větší pocit stísněného vědomí než předtím (Krupka, 2003). Drogy a jiné předměty k uspokojování závislosti jsou jen umělá náhražka, která uspokojí jedince jen klamavě a dočasně, avšak skutečné potřeby uspokojit nikdy nemůže a to je hlavní důvod ke zvyšování intenzity a míry (Mentzos, 2000).

Závislost jako taková je popsána v mnohých podobách v odborné literatuře. Stále se hledají příčiny z různých úhlů pohledu a velmi zřídka se odborníci věnují závislostnímu chování jako systému. Závislost je multifaktoriální a je nutné k ní přistupovat mezioborově. Má mnoho příčin, které se navzájem podporují (Kooyman, 2005).

Stejně tak, jako se vyvíjela psychoanalytická léčba drogových závislostí, tak i sama psychoanalýza jako celek dosáhla velkých změn (Leeds a Morgenstern, 1999). Leeds a Morgenstern uvádějí, že podle autorů, kteří napsali práci o psychodynamických teoriích závislostí na opiátech, se v psychoanalýze nedělaly dříve rozdíly mezi různými typy závislostí a všechny byly chápány jako tzv. „orální jevy“, které měli podobný nevědomý význam. V té době se psychoanalýza zabývala především studiem „id“. Později se popsaly různé typologie závislostí, které se odvíjely od zneužívané látky a vnitřního stavu závislého člověka. Psychoanalytická léčba se zaměřovala na pudy a defenzivní strukturu, tzv. Ego psychologie. Postupem času se psychoanalytici začali zabývat adaptací člověka na svět a vztahy s ostatními lidmi. Leeds a Morgenstern citují Blatta a kol. (1984), který psychoanalytické teorie závislosti na opiátech rozděluje na tři typy: 1. vznik symbiotického stavu, který uspokojuje potřeby, 2. obranný

mechanismus, proti kritickému a necitlivému sebehodnocení, jako je například vina, 3. ochrana proti psychotické dezintegraci (viz Leeds a Morgenstern, 1999). Zvláštní je, že u mnoha poruch psychoanalýza pokročila ve vývoji svých teorií, nikoliv tak u teorií závislostí. Tento fakt lze vysvětlit tak, že závislost je symptomem tak vážné poruchy ega, že psychoanalytická léčba by zde byla stejně nevhodná (Leeds a Morgenstern, 1999). Na psychoanalýzu můžeme nahlížet jako na konzistentní psychodynamickou teorii, díky níž lze rozvíjet racionální terapeutickou empatii. Podle mezinárodní psychoanalytické asociace má významy v oblastech: 1. teorie osobnosti, 2. využití této teorie v humanitních vědách, 3. využití psychoanalytické teorie v psychoterapii (Mikota, 1995). Literatury ohledně psychoanalytických přístupů k závislostem je málo. Možná je to způsobeno jistou mírou zaujatosti vůči fenoménu závislosti, faktem však zůstává, že psychoanalytická léčba může být přínosem v tomto směru (Waska, 2006).

3 Egopsychologické období

Psychoanalýza 20. století se dělí do několika období, pro vznik a rozvoj teorií závislosti je však nejvýznamnější egopsychologické období, které začalo Freudovo smrtí v roce 1939 a pokračovalo až do 80. let. Během tohoto období se od hlavního proudu psychoanalytického myšlení oddělilo několik směrů, například psychoanalytické skupinové terapie nebo psychoanalyticky orientované psychoterapie. Vývoj nastal i v hlavním psychoanalytickém proudu, kde vrcholila práce tzv. londýnské školy a vznikla moderní egopsychologie, jinými slovy psychoanalytická vývojová psychologie. V 70. letech se ještě vytvořila tzv. psychologie self (viz další text). Byl popsán vývoj člověka do 2 – 3 let, což je doba, kdy dítě nabude tzv. sebereflektující subjektivity.

V první polovině 20. století byla vytvořena britským psychoanalytikem Johnem Bowlbym, který patřil do Londýnské školy a navazoval v mnohém na Freuda, teorie attachmentu, který vysvětluje vztahy dítěte v raném dětství. Kalina cituje Yaloma (1999), který vysvětluje, že přimknutí dítěte k matce je podle Bowlbyho nezbytné pro přežití a v případě oddělení matky a dítěte se u obou začne projevovat úzkost a touha najít druhý objekt a při delším oddělení mohou být následky fatální. V dnešní době se psychoanalytici zabývají attachmentem jako vztahové interakce, jejíž odchylky mají velmi závažné následky v pozdějším životě dítěte. Jsou popsány 4 druhy attachmentu (Kalina, 2008):

- 1) Bezpečný – primární typ, ale pokud se něco pokazí, jako například necitlivostí rodičů, nespolehlivostí, chladem, sebestředností nebo nesrozumitelností projevů, dochází k sekundárním druhům
- 2) Úzkostný, vzdorující
- 3) Úzkostný, vyhýbavý
- 4) Dezorientovaný, dezorganizovaný

Poslední tři modely attachmentu vznikají jako obrana a pomáhají dítěti srovnat se s nedostupnými rodiči. V dospělosti se takové dítě řídí pořád stejným druhem attachmentu jako v dětství a pokud se nevyrovnalo s minulostí, nemůže přijmout reálnou přítomnost. Takoví lidé mohou ztrácet sebekontrolu a mohou být dezorientováni v čase. Pokud nedošlo v rané fázi dětství k bezpečnému attachmentu, může se vytvořit sekundárně během života významným vztahem k druhému člověku. Může to být láska i přátelství. Velmi často se tento proces děje v důsledku psychoterapie (Kalina, 2008).

Podle Mahlerové (1968) je příkladem konzistentní teorie vývoje separace – individuace, proces, který u dítěte začíná v 6 měsících života, kdy je dítě v symbióze s matkou a trvá až do tří let. Po narození vnímá dítě jak útrobní počitky, tak perceptuje smysly okolní prostředí, ale nerozeznává tyto typy vnímání od sebe. Prožívá zmatek pocitů a postupně se orientuje dle činů své matky. Jako první fáze separace-individuace se považuje tzv. diferenciacní, která trvá 4 až 5 měsíců. Kojenec chápe stavy libosti v závislosti s mateřskou osobou, poznává, že mateřské činy nejsou zcela podřízeny jeho potřebám. Další fáze se nazývá praktikující a znamená pro dítě velký cit k okolnímu světu. Dítě si je jisto, že všechny jeho činy se matce líbí. Pokud ale matka není v jeho přítomnosti, pozbývá pro něj smyslu vlastní aktivita a iniciativa. Další fáze, znovusbližovací, trvá od 14. do 20. měsíce. Dítě už není závislé na matčině přítomnosti. Snaží se upoutat její zájem, ale není to pro něj bezpodmínečně nutné. V poslední fázi, tzv. objektivní stálosti, která probíhá mezi 25. a 36. měsícem věku dítěte, prožívá libé pocity bez závislosti na stavu mateřské osoby. V nepřítomnosti matky si ji umí dítě již představit. Toto období je velmi důležité, protože se během něho dítě učí rozlišovat meziosobní problémy a také rozlišovat přání od potřeb. Naučí se, že všichni jeho blízcí nebudou stále dělat to, co ono potřebuje. Kdyby neprošlo dítě tímto obdobím, bralo by jako samozřejmost, že všichni okolo budou dělat to, co samo chce, a zároveň bezpodmínečně přijímat jeho chování, přání a touhy, a pokud by tak nečinili, ucítilo by k nim averzi. Během vývoje všech stádií dítě přijímá za samozřejmé kultivovat zlostné projevy, má osvojené různé druhy lidských afektů, nálad a přijímá spory svých vnitřních afektů (viz Mikota. 1995, s. 19).

Různé zátěžové stavy přicházející během života mohou otevřít problémy, které byly řešeny krizově v jednom z období ontogenetického vývoje. Psychopatologie se pak vytvoří jako důsledek konfliktu minulých a přítomných zájmů. Například u depresí, které jsou často doprovodnou diagnózou u závislých osob, se člověk vrací do stavu dítěte v praktizující fázi vývoje asi v jednom roce života, kterému byla odňata matka. Zatímco ve 40. a 50. letech se psychoanalýzou léčili hraniční lidé, u kterých byli neúspěšní psychiatři, v 60. letech se psychoanalýza stala módním trendem. Lidé, kteří dosáhli společenského úspěchu, a přesto nebyli šťastní, nechali psychoanalýzu zabývat se jejich osobou (Mikota, 1995).

Podle Kohuta dochází u hraničních pacientů k vyžadování po psychoanalytikovi, aby splňoval jejich nároky, a mají k němu tzv. funkcionální vztah. Lékař má za úkol plnit určité funkce, které oni sami plnit neumějí. Psychoanalytik slouží hraničním pacientům jako nositel jejich lidské hodnoty. Tito pacienti mají pocit, že musí být výjimečné osobnosti. V léčbě se udržují díky tzv. idealizovanému nebo zrcadlicímu přenosu. Pacient přeneše na psychoanalytika útvar, který se nazývá „idealizované rodičovské image“. Ten je vnímán jako skvělý člověk a pacient si logicky vyvodí závěr, že když zajímá tak úžasného člověka, sám musí být mimořádný. Zrcadlicí přenos znamená pacientovo přesvědčení, že psychoanalytik ho považuje za mimořádného, protože jinak by nemohl vnímat a chápat všechny jeho myšlenky. V případě, že se naruší jeden ze zmíněných přenosů, nastane jedna ze čtyř situací. Pacient nadále dochází na psychoanalýzu, ale je smutný, ztěžuje si neustále na nekonkrétní tělesné obtíže. V dalším případě dochází k tzv. stimulačnímu chování, kdy pacient dochází do společenských kruhů jemu nezvyklých, opíjí se, zneužívá drogy nebo je sexuálně perverzní. Jindy pacient začne psychoanalytikem opovrhovat a v posledním případě přestane na sezení docházet. Pacient tímto chováním reaguje na „narcistické zranění“ ať už vědomě nebo nevědomě. Prožívá pocit vlastní nedokonalosti v důsledku empatického selhání terapeuta. Kohut (1971) tak poukazuje na to, že narcistický člověk nemá raději sebe než druhé, ale je spíše otrok nutnosti být výjimečným, protože jinak by neměl žádnou cenu (viz Mikota, 2009).

V tomto období se často překrývají pojetí fixace v orálním stádiu a hraniční osobnosti. Avšak neznamena to, že každý, kdo má rysy hraniční osobnosti se stane závislým a ne každý závislý má vlastnosti hraniční osobnosti. Závislost na osobě se v této době nepřisuzovala jako náhrada za závislost na návykových látkách (Mikota, 1995).

4 Psychoanalytické teorie závislostí

Odborníci se již dlouho snaží najít příčiny závislosti, původ, kořeny, hlavní ústřední bod, o který by se dalo opřít při vysvětlení a zároveň při řešení důsledků. Dříve se kladl důraz zejména na příčiny biologické a genetické, ale novější studie poukázali na určitý druh vzorců chování, které popsala psychoanalytická psychologie (Shura, 2009). Faktem je, že se nikdy nedá najít pouze jedna příčina. Vznik závislosti je důsledek mnoha faktorů, okolností a vnějších vlivů, interakcí, které se navzájem podporují, jde o tzv. cirkulární kauzalitu (Hajný, 2008). Podle mnohých autorů, které uvádí Mikota, si lidé užívající návykové látky uspokojují infantilní potřeby. Účinek drog působí na psychické superstruktury, a tudíž dochází k oslabení sebekritičnosti a vytěsnění. I potřeby a popudy, které jsou ve střízlivém stavu nepřipustné, se mohou vyjádřit a uspokojit. Například na pití alkoholu lze pohlížet jako na svépomocnou léčbu, protože lidé při něm udržují rovnováhu díky opakovaně vyvolané psychóze (in Mikota, 1995, s. 24). Freud považoval závislost na drogách jako vynahrazení si sexuálního uspokojení (Kooyman, 2005).

Užívání návykových látek je jen jeden z druhů závislostního chování, které se může projevit ve všech možných oblastech lidského chování a prožívání. Proto je třeba se zamyslet nad tím, do jaké míry ovlivňuje závislostní chování chemické složení drogy a do jaké míry je důležitá osobnostní struktura závislé osoby. Podle Lührsena (1976): „je závislé chování jen špičkou ledovce, pod níž je ukryta těžká lidská patologie“ (in Mentzos, 2000).

4.1 Klasické psychoanalytické koncepty

4.1.1 Fixace v orálním stádiu

Jedna z prvních psychoanalytických teorií se zaměřila na fixaci v orálním stádiu. Předurčenost k závislostnímu chování se podle této teorie přisuzuje rané fixaci v orálním stádiu psychosexuálního vývoje, které u osobnosti alkoholiků přetrvává. V momentě, když si uživatel píchá injekční jehlou návykovou látku do

žíly, se může dokonce jednat o návrat do ještě prenatálního vývoje (Kooyman, 2005). V orální fázi je propojeno přijímání potravy a narcistický import, proto v situaci narcistického zranění může dojít k regresivnímu počínání směrem k náhradnímu uspokojení. V případě malého dítěte je to strkání si palce do úst, v dospělosti je palec nahrazován cigaretou. Narcistický import představuje v dětství krmení, v pozdějším vývoji souvisí s nadjá. Například u poruch příjmu potravy dochází k úmyslnému hladovění, tj. odpírání si orálního uspokojení a v důsledku toho pocitu hrdosti a výjimečnosti, ale v konečné fázi přichází deprese. U obezity to je právě orální uspokojení v podobě jídla, která odklání depresi (Mentzos, 2004).

Mnozí autoři popisují závislé jako osoby se zvýšenou potřebou zájmu, podpory a opečování bez jakéhokoliv úsilí. Mají sklony se chovat jako malé dítě, které také vyžaduje péči, lásku za všech okolností a při jakémkoliv chování, aniž by projevili oni sami nějakou snahu. Tito lidé špatně snášejí psychické napětí, bolest a frustraci. Opilost je stav, který jim umožňuje uniknout z frustrace, která je u těchto lidí díky fixaci v orálním stadiu součástí jejich života (viz Mikota, 1995, s. 24). Závislí jsou tak často fixováni na osobu, která jim dává péči a lásku a bez které by se neobešli, stejně jako dítě v orálním stadiu se tito lidé uchylují k zúženému vnímání světa, jsou zaměřeni jen na svojí potřebu a její uspokojení. Podle Vaillantova výzkumu, který provedl v 80. letech 20. století, se několik znaků orality dá nalézt, ale nebylo shledáno, že děti, které měly vyšší sklony k orálnímu chování nebo byly viditelně závislé na matce, by se v dospělosti častěji stali závislými. Znaky orálního chování se tedy projevují až u rozvinuté závislosti, nikoli jako faktor předurčující vznik závislostního chování. V dnešní době se tedy již upustilo od klasického pojetí fixace v orálním stadiu jako příčiny vzniku závislosti (viz Hajný, 2008).

4.1.2 Koncepty vycházející ze strukturálního modelu superego – ego - id

Wurmser (1985) popisuje u závislých osob destruktivní superego, které je ohrožuje strachem a zuřivostí a před těmito emocemi se tito lidé snaží utéct právě požitím návykových látek. Toto chování je následek skutečných traumat, které se odehrály v dětství závislých a za které je považováno násilí, sexuální zneužívání, opuštění, zrada nebo odtajitost rodičů. U závislých se v důsledku těchto problémů projeví rebelské chování, neposlušnost a vzdorovitost, neschopnost přijmout autoritu. Vyskytuje se též velmi krutá vnitřní autorita a pochybnost o hodnotě sebe sama (viz Leeds a Morgenstern, 1999). Díky návykovým látkám se podle Wurmsera (1984) závislému dočasně uleví v tom smyslu, že se potlačí vnitřní autorita a zmírní se úzkost a pochybnosti. Účinky návykových látek vyřadí ovšem i ostatní funkce superega, které za normálních okolností udržují stabilitu nálad a afektu, sebezpozorování, vztah k sobě. Wurmser (1984) vykládá závislost jako způsob vyhnutí se pocitům, které působí bolest, stud, úzkost a které jsou velmi časté právě u drogově závislých jedinců (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

Léčba ve Wurmserově pojetí se zaměřuje na analýzu superega. Jeho předpoklad je, že závislí mají přehnané superego a tudíž není vhodné moralizování, ale spíše empatie, přijetí a vřelost terapeuta (in Leeds a Morgenstern, 1999).

4.2 Teorie podle self – psychologie

Jako základ všech problémů s drogami označuje tato teorie ne vnitřní konflikty, ale deficit – slabou stránku „ega“ či „self“. Když se člověk cítí méněcenný, nevýznamný, prožívá pocit studu. Vínou člověk cítí, když neposlouchá příkazy a nařízení svého nadjá nebo při nenaplnění cílů nebo požadavků pramenících z jáského ideálu ve prospěch ega. Pokud jsou podstruktury ega a nadjá v rozporu, pak dochází ke studu z důvodu oddálení se od nadjá a ve výsledku přijde pocit ponížení kvůli závislosti na objektu. Paradoxní je rovnice,

kteřá vyjadřuje, že čím je dítě poslušnější, a přitom se poníží, tím víc se mu dostává lásky a je chváleno, stává se závislým, jakoby se samo vzdalo hrdosti a sebeúcty. Pokud je dítě vzdorovité a neposlušné, je rodiči káráno a odsuzováno, čímž ztratí zrovna tak část své hrdosti a sebeúcty. Z důvodu nedostatečnosti preference starosti o sebe (self), není člověk schopen vyřešit tento konflikt opuštěním objektu. Ten je pro takového člověka nezaměnitelný pro účel narcistického importu a nepostradatelný též kvůli potřebám směřujícím k samotnému objektu (Mentzos, 2004).

Podle Khantziana (1980) se ve stavbě „self“ nacházejí slabá místa ve smyslu usměrňování se, pečování o sebe, přemýšlení o sobě atd. Tyto chybějící nebo velmi slabé stránky se vyvažují právě účinkem drogy, která je v tomto případě specificky volená (in Leeds a Morgenstern, 1999). Khantzian (1982) tvrdí, že například opiáty jsou vyhledávány narkomany pro svoje antiagresivní účinky a stav, kdy se po opiátech vyskytne euforie, je vysvětlen spíše jako uvolnění od dysforie, která je způsobována s potlačovanou agresí (Kooyman, 2005).

U lidí užívajících kokain popisuje Khantzian (1984) jiné charakteristické rysy, faktory. První z nich jsou premorbidní chronické deprese, další jsou abstinenční deprese z kokainu, jindy se objevuje hyperaktivní emoční symptom lability či poruchy pozornosti, a v neposlední řadě se může vyskytnout bipolární porucha (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

Leeds s Morgensternem zmínili skupinu autorů, kteří vytvořili dynamickou skupinovou terapii. Ta se soustředí na toleranci afektu, budování sebeúcty, vznik strategií na chování mezi dalšími závislými a na zlepšení interpersonálních vztahů (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

4.3 Závislost jako obranný a kompenzační mechanismus

4.3.1 Závislost jako náhražka strukturálního nedostatku a prožití narcistické krize

Jiné teorie vykládají závislost jako náhražku strukturálního nedostatku a prožití narcistické krize. Mezi obranné mechanismy, kterými se kompenzují poruchy narcistické rovnováhy, jsou:

- 1) Regrese do primárního stavu.
- 2) Popírání tvrdé reality s pomocí fantazie.
- 3) Identifikace s idealizovanými objekty self (Mentzos, 2000).

Právě závislost a její uspokojování značně přispívá k procesu všech tří mechanismů:

- 1) Rozšíření hranic Já a snaha o změnu prožívání, což vyústí v subjektivní prožívání, které je připodobňováno k regresi do primárního stavu.
- 2) Slastné působení drogy, ať už chemického složení nebo jiného prostředku, který je použit k uspokojení bažení, způsobí, že jedinec přestane testovat realitu a nepřipouští si její trýznivost, ale ani její překonávání pomocí fantazií.
- 3) Závislý si drogu zidealizuje do té míry, která nese pro jedince vlastnosti objektu, který poskytuje uspokojení potřeb Self. Droga je tzv. přivtělena požitím.

Droga postupně vynahrazuje pudový objekt a také strukturální nedostatek. Tzv. vášnivá zaujatost se vyskytuje u narcisticky vážně narušených osob. Předmět k uspokojení vášně se dá přirovnat k částečnému objektu v prvních dvou letech života. Tento prostředek má samozřejmě stejně jako objekt ambivalentní vlastnosti. Tuto ambivalenci jen potvrzuje autodestruktivní charakter (Mentzos, 2000).

U narcistických jedinců dochází ke stavům, kdy se jejich prožitky sebe samých a pocit ze sebe samých neshodují s jejich nutnou dokonalostí. Tyto stavy nazval Wurmser (1974) tzv. narcistickou krizí. Pokud se takoví jedinci dostanou v tomto stavu do kontaktu s drogou, může velmi snadno dojít k vývoji závislosti. Podle tohoto názoru je právě narcistická krize jedna z podmínek vzniku závislosti (in Mikota, 2009). Dodes (1996) připodobňuje závislostní chování ke kompulsivnímu jednání, které souvisí s intrapsychickými konflikty a uvádí také určité prvky narcistického vzteku a pokusy získat zpět pocit moci (in Waska, 2006).

4.3.2 Alkoholismus jako vytěšňovatel homosexuálních potřeb

Mnoho autorů se domnívá, že ve skupině opilých lidí stejného pohlaví se často odehrávají city, které jsou za střízlivého stavu nepřipustné, zvláště mezi muži. V prvních obdobích psychoanalýzy tyto skutečnosti vedli odborníky k přesvědčení, že primární příčina vzniku závislosti na alkoholu je latentní homosexualita (viz Mikota, 1995, s. 25).

Alkohol může být podle Schildera (1925) příčinou uvolnění dříve zapomenutých homosexuálních potřeb a může také zesílit homosexuální část libida. Podle Berglera byla závislost na alkoholu pojímána jako masochistické uspokojení, podle dalších odborníků byla připodobňována k pomalé sebevraždě (viz Mikota, 1995, s. 25).

Alkoholici se oddávají účinkům alkoholu, který jim pomáhá odbourat obranné mechanismy, ale zároveň kvůli němu zanedbávají své blízké a jejich vztahy k nejbližším začínají postupně upadat. Způsoby, jakými alkoholici uspokojují své potřeby, se stále více stávají primitivnějšími a postupem času se obnovuje orální fixace a zájem se zúží v podstatě na intoxikaci alkoholem. Jeden z příznaků alkoholismu je podle mnoha psychoanalytiků genitální impotence (viz Mikota, 1995, s. 26).

V prvním období psychoanalýzy se soudilo, že pro lidi s určitými predispozicemi se stává alkohol útekem od stresující reality k ukojení infantilních popudů, které jsou většinou homosexuálního, masochistického nebo orálního charakteru. Probíhá cyklický proces během intoxikace, kdy je závislý zprvu ve fázi excitace a později ve fázi deprese. Tento proces byl mnohými autory připodobňován k bipolární poruše (viz Mikota, 1995, s. 26).

4.3.3 Závislost jako antifobický proces

Kooyman uvádí názor Szasze, že člověk, který je závislý na drogách, se neustále vystavuje nebezpečným situacím, a zároveň tak vystavuje zkoušce svoje ego, které by mělo tyto situace bez újmy zvládnout. Podle Kooymana klade Szasz také veliký důraz na superego, kvůli němuž se závislý na drogách trestá (Kooyman, 2005).

4.3.4 Drogy s antiagresivními účinky

Kooyman uvádí, že podle Khantziana byl hlavní popud k tomu, že si závislý vybere jako svoji drogu opiáty to, že mají antiagresivní účinky. Pokud byl závislý člověk v dětství fyzicky týrán, nashromáždil v sobě agresivní pocity, které směřuje proti sobě. Po užití opiátů se dostává do klidu a pohody a oddálí pocity hněvu a zlosti, které se hromadí ve střízlivém stavu (Kooyman, 2005).

4.4 Závislost a vztah k bolesti

Kooyman zmiňuje Rada, který ve 30. letech popisuje, že se u závislých osob často projevuje tenze a nízká tolerance k bolesti. Závislost byla vnímána jako umělá ochrana před ohrožujícími vlivy, které směřují dovnitř a díky níž člověk chrání své Já před bolestí a depresí. Je vysvětlen vznik umělého narcistického stavu s bludy velikášského charakteru a destrukcí struktury Já a Nadjá. Zahajuje tak psychoanalytické pojetí závislosti jako tzv. vášnivé zaujatosti (Kooyman, 2005).

Casriel, žák Psychoanalytické kliniky pro výcvik a výzkum Kolumbijské univerzity obhajoval tvrzení, že narkomani mohou být závislí právě na bolesti. Tak vznikla psychodynamická teorie adaptace, která se odklání od Freudových teorií na základě agresivního a sexuálního pudu a která popisuje situaci, kdy je klasická reakce útěku nebo útoku nahrazena emočním ztuhnutím a stagnací v jedné pozici (viz Kooyman, 2005). Kromě toho založil Casriel v roce 1962 první terapeutickou komunitu v USA a později, v roce 1972, vyvinul novou psychoterapii tzv. bonding - proces budování nové identity. Popisuje ji jako emocionální i fyzickou blízkost druhého člověka a bere ji jako jednu ze základních potřeb člověka. Pokud se tyto potřeby nenaplní, způsobuje to člověku bolest. Při nedostatečném bondingu je člověk více náchylný k patologiím, například k závislosti. Bonding terapie se odklání od tradiční psychoanalýzy, úkolem terapeuta je dávat najevo účast a citově se angažovat. Tato terapie se stala součástí programu terapeutických komunit (viz Kooyman).

Lidé snažící se odloučit od traumatu se ve stavech bezmoci a úzkosti chovají destruktivně (přejídání, vynucený sex) a mohou tak pociťovat bezpečí a kontrolu (Giugliano, 2003).

Některé závislosti jsou popsány Kohutem (1977) jako prostředek k tomu, cítit, že člověk žije, je to pocit tzv. „prázdné deprese“ (viz Giugliano, 2003).

4.5 Teorie objektivních vztahů

Leeds a Morgenstern uvádějí Krystalovu teorii z roku (1977) závislosti vznikající jako výsledek narušených objektivních vztahů. Existují dvě různé teorie, obě jsou však založené na předpokladu, že závislost je následek vážného narušení v raném vývoji (in Leeds a Morgenstern, 1999).

První teorie vykládá závislost jako „symbolický vztah k droze“, který je připodobňován k prvotnímu mateřskému objektu. Návyková látka zde zastupuje roli matky. A právě kvůli narušenému vztahu k matce vzniká podobný vztah k droze. Závislý se chce podle Krystala (1977) ztotožnit s objektem, má ale zároveň velké obavy, což představuje typ hraniční patologie. Závislý člověk prožívá v dospělosti infantilní fantazie, a zároveň se jeho vztah, péče o sebe sama, i zlost a nutkání užívat drogu, stávají nástrojem destruktivního procesu, což Krystal (1978) považuje za primární dilema závislých (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

Leeds a Morgenstern shrnují i druhou teorii podle Krystala jako příčinu závislostního chování narušené afektivní funkce. Ta říká, že závislý člověk neumí identifikovat kognitivní aspekty emocí. Nerozlišuje vztek, radost, smutek, místo toho cítí napětí. Jen těžko se mohou oddat svým emocím k účelu pochopení sebe sama. V případě, kdy člověk neumí identifikovat své emoční stavy, se u něj logicky vyvine úzkost, kterou se závislý snaží zmírnit právě požitím návykové látky (Leeds a Morgenstern, 1999).

Kvůli rozptýlení přenosu je Leedsem a Morgensternem doporučována léčba podle Krystala, s více terapeuty, se zaměřením na zlepšení vztahu k sobě samému, a soustředění se na analýzu ambivalence a agresivity (Leeds a Morgenstern, 1999).

4.6 Závislost na stavu blízkém smrti

Podle Betty Joseph existuje malá skupina lidí, kteří prožívají sebedestruktivní procesy a stávají se v podstatě závislími na stavu blízkém smrti. Touto závislostí žijí a jsou jí zcela ovládáni. Podle ní si utváří své vnitřní vztahy a způsob komunikace se sebou samým. Tento typ závislosti není ovšem touha k dosažení klidu a blaha, ale závislí na stavu blízkém smrti cítí uspokojení právě při procesu sebezničení. Stále dokola se probírají minulostí nebo se obávají nečekané budoucnosti a následně pak obviňují sebe nebo okolí (Joseph, 2000).

4.7 Teorie psychosomatických poruch

Leeds s Morgensternem shrnují tuto teorii v podání McDougalla (1989), který považuje závislost na návykových látkách stejně jako závislost na vztazích či poruchy příjmu potravy za psychosomatickou poruchu. Závislostní chování představuje snahu vyrovnat se s bolestným konfliktem. U lidí je tento proces do jisté míry přirozený, avšak jak u psychosomaticky nemocných lidí, tak i u závislých tento mechanismus probíhá kontinuálně. Emocionální stavy jinak velmi bolestné až neúnosné se převedením do somatických obtíží stávají nedůležité. Užívání návykových látek je způsob vyhnutí se pocitům prázdnoty, kterými je závislý člověk obklopen. U závislých vzniká tzv. „ falešné self“, aby překrylo tyto bolestné pocity (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

V léčbě by se s přihlédnutím na tuto teorii měl klást důraz na vývoj života uvnitř člověka (Leeds a Morgenstern, 1999).

5 Rodina jako původní prostředí pro vznik závislosti

Rodině, jako systému, který je něčím narušený nebo v něm fungují patologické vztahy, se často přisuzuje jedna z hlavních příčin ve vzniku závislosti a v rodinných systémech je popsáno mnoho patologických typologií.

Podle Walshe (1995), jedinci se slabými nebo chybějícími vazbami k rodičům se v dospívání více neomezeně oddávají sexu a užívání návykových látek, což potvrzují i některé odborné studie (viz Giugliano, 2003).

Do 30. let se v psychoanalýze příliš neoddělovala osobní historie od vlivu okolních událostí v životě člověka. Proto se podle mnoha autorů za příčiny fixace v orálním stadiu považovaly patologické vztahy v rodině závislého, alkoholika. Klasický předpokládaný model popisoval zhýčkanou a zároveň hýčkájící matku, která ochraňovala dítě před despotickým, chladným otcem. Matka byla buďto uspokojující nebo frustrující, což způsobovalo, že vztah k matce byl nevyřešený, vztah k otci téměř chyběl. U závislého docházelo k pasivitě a tzv. femininní identifikaci (viz Mikota, 1995). Jako jedna z možných příčin závislosti se zkoumá role matky. Přepečující matka, která hýčká své dítě a neúměrně si ho k sobě připoutává, může způsobit, že dítě má potřebu se vymanit, začíná experimentovat s drogami, chce si najít svou vlastní cestu, což mu jeho matka neumožňuje. Dochází k narušení běžného procesu separace. Dítě si ale může na přehršlou péči zvyknout, nechat se hýčkat a přijmout tzv. umetání cestiček. Bere jako samozřejmost, že mu všechno prochází a všechno je už dopředu zařízené. V tomto případě, pokud v dospívání či v dospělosti nastane nějaký problém nebo překážka, které se v běžném životě vyskytují a jsou řešitelné, tito jedinci si s nimi neumějí poradit, stanou se pro ně nepřekonatelné a začnou hledat cesty jak uniknout.

Výzkum z roku 1983, který zmiňuje Hajný (2008) a jehož autorem je Vaillant, hyperprotektivní znaky jako příčinu závislosti vyvrátil. Existují také názory, že tento předpoklad je stigmatizován a může nereálně vyjevit povahové rysy matky i jejího vztahu k dítěti (viz Hajný, 2008).

U otců alkoholiků potvrzuje Knight (1937) předpoklad, že v rodině zastupují dominantní roli a své zájmy prosazují často velmi tvrdě. Dítě se v tomto případě spíše upíná na matku, a tudíž klasická role otce, která by měla plnit funkci spojnice mezi okolním světem a bezpečným světem uvnitř rodiny, který představuje matka, zde zcela chybí. Dítě tedy přebírá vzorec chování jako je tvrdost, má na sebe nepřiměřeně vysoké nároky a nemůže unést, když selže. S pocity viny se pak snaží najít východiska v drogách. Již uvedený výzkum Vallianta (1983 a 1995) potvrdil, že závislí zejména na alkoholu, měli v dětství nepříliš vřelý nebo problematický vztah k otci (viz Hajný, 2008)

Podle studie Szapocznika a Coatswortha z roku 1999, uvádí Hajný několik charakteristik rodiny, které mají souvislost s tím, že v rodině je dítě uživatelem drog. Do těchto rysů patří: špatná komunikace v rodině, nedostačující nebo naopak nadměrná starostlivá péče o děti, nedostatek pravidel a hranic členů rodiny, přehlížení zájmů a vrstevnických vztahů dětí a v neposlední řadě také užívání návykových látek rodiči nebo trestná činnost. V jiné publikaci Hajného (2001) se popisují další rysy v rodinném systému, které mohou vést k užívání návykových látek. Jsou to například intenzivní pocity viny a studu, zvládání negativních emocí jiným způsobem, než je běžné, manipulace v rodinných vztazích, přemrštěné kontrolování a náročnost, nebo naopak příliš velká volnost, dále použití dětí jako důvěrníků rodičů, kladení vysokých nároků na předčasnou zralost nebo využití dítěte jako objektu pro dosud nenaplněné ambice (viz Hajný, 2008). Podle znaků rodin, ve kterých závislí vyrůstali, se utvořila typologie závislosti, kterou Hajný uvádí podle Cancrinioho (1985):

- 1) Závislost traumatického typu, kde proběhlo zneužívání, náhlé úmrtí, psychická porucha v rodině atd. Po vyřešení a zpracování, takto způsobené závislostní chování často mizí.
- 2) Neurotická závislost, kterou způsobuje napětí, nevyřešené vztahy, obviňování a partnerské neshody rodičů. Tento model je velmi častý.

- 3) Přejchodová závislost, kterou doprovází duševní porucha v rodině, tabuizace, nebo manipulativní a dvojná komunikace. Často zde bývá popisována komorbidita.
- 4) Sociopatická závislost se vyskytuje v rodinách, kde bývá zaznamenána kriminalita, násilí atd. Zde je závislost až sekundární problém, který jen navazuje na dané prostředí a životní styl rodiny (in Hajný 2008).

Kooyman zmiňuje Holidgeho (1980), který tvrdí, že při narušených nebo chybějících vztazích v rodině se dítě začne obviňovat, cítí se nemilované a nepotřebné. A pokud dítě nemá jiné pozitivní vztahy, vzniká u něj velmi výrazná separační úzkost. Podle Kooymana (1985) to později pro dítě znamená velmi závažný problém s osamostatněním se a drogy mu v tom pomůžou mít alespoň něco v tomto období pod kontrolou. Nasytí svoji prázdnotu a zmírní citové strádání. Může se tak zdát, že vnitřní konflikt je rychle vyřešen. Závislý se upíná na účinek drogy i na životní styl. Kooyman se také odvolává na Khantziana (1980), který tvrdí, že závislí lidé neumí požádat o pomoc a namísto toho se snaží manipulovat s ostatními, aby se uchránili před případným odmítnutím. Trpí absolutní nedůvěrou v ostatní a hlavně v sebe sama. Před případným úspěchem se závislý brání ze strachu, že by netrval dlouho. A proto se raději o úspěch ani nesnaží. Jakoby se z nich stalo dítě, které nemá vůbec žádnou zodpovědnost a vrací se do narcistického stavu, kde uspokojuje okamžitě své primitivní potřeby. Toto chování vychází z dětství, kde se dítě nemohlo bezpečně separovat (viz Kooyman, 2005).

5.1 Problém kodependence

Kodependence může podle Guntripa a Kohuta (1971) vzniknout v dětství tvorbou falešného deficitního „já“, což je způsobeno projekcemi od rodičů, zatímco pravé „já“ je zasaženo traumatem a použitím obranného mechanismu se ukládá do hluboké nevědomé části „psyché“ (in Jeřábek, 2008)).

Podle Cermaka (1986) se u kodependentního člověka vyskytují charakteristické rysy:

- 1) Obětování úcty k sobě samému ve prospěch kontroly sebe i ostatních.
- 2) Převzetím odpovědnosti za účelem uspokojení potřeb druhých, které mají přednost před vlastními potřebami.
- 3) Prožívání úzkostí a zkreslování hranic souvisejících s problémy intimity a separace.
- 4) Zainteresování do vztahu s lidmi, které trpí poruchami osobnosti nebo mají problémy se závislostí.
- 5) Přítomnost dalších symptomů jako jsou např. popření, depresivita, úzkostnost, závislost, oběť v sexuálním nebo psychickém zneužívání (viz McCrady a Epstein, 1999).

Existuje tzv. primární a sekundární kodependence. Primární kodependence začíná v dětství v důsledku zneužívání, špatného zacházení ze strany jeho nejbližších. Tento proces probíhá, aniž by ho způsobila jakákoliv jiná porucha. Přesto se může v souběžnosti další porucha, např. závislost objevit. U sekundární kodependence může dětství probíhat zcela v pořádku, ale při bližším setkání s osobou závislou se náhle může projevit. Sekundární spoluzávislost je lehčí forma a dá se s ní mnohem lépe pracovat (Kudrle, 2003).

Podle Whitfielda (1991) se kodependentní člověk vnímá tak, jak je vnímán ostatními. Kontrolou ostatních přebíjí své vlastní potřeby (viz Jeřábek, 2008). Někdy bývá kodependentní člověk nesebevědomý a nejistý, neumí dát najevo výhrady a postoje a raději trpí jako oběť, která vydrží chování závislého, strpí excesy, krádeže atd. Jindy se vžije do role soudce či pronásledovatele a cítí moc nad závislým, kontroluje ho a je podporován svým morálním myšlením. Velmi často se za užívání svého dítěte skrývají problémy v partnerském životě rodičů, žena si pak může zvyšovat svoji sebeúctu tím, že chování závislého vydrží (Hajný, 2008).

Projevy kodependentního chování mohou být různé. Tito lidé působí jako záchránci, uspokojovatelé, výkonní, selhávající, jako oběti, mučedníci, mohou se chovat grandiózně nebo jako ztracené děti (Kudrle, 2003).

6 Fenomenologický a psychodynamický model

Jeřábek v roce 2006 hodnotil třicet závislých lidí na alkoholu, kteří právě procházeli ústavní léčbou. Z toho bylo 23 mužů a 7 žen. Podle závěru hodnocení představil model adiktivně disponované osobnosti. Podle Jeřábka se může závislost pokládat za primární patologii, která není úměrná s druhem nebo délkou užívání návykové látky. Tento model je popsán v sedmi dimenzích (viz Jeřábek, 2008):

- 1) Slabá integrace identity ega – čím více je identita komplikovanější, tím méně je zvědoměná, a čím méně je integrováno sebepojetí a sebeúčinnost, tím méně člověk ví, co dělá.

- 2) Narušená internalizace objektových vztahů – nadměrná interpersonální sensitivita, nejistota včetně subjektivního ohrožení ve vztazích, také je zaznamenána nízká frustrační tolerance. Často se vyskytuje tendence k „psychologickému sadomasochismu“ a autodestrukci. Častá je pozice oběti.

- 3) Nízká úroveň defenzivní organizace – popření, projektivní identifikace, disociace, odehrávání – agování, idealizace/devaluace, únik, auto/hetero – destruktivita, agresivita, somatizace.

V Rorschachově testu bylo zjištěno, že 67% toxikomanů a 63,3% alkoholiků používají obranu ve formě splittingu, popření nebo projektivní identifikace.

- 4) Slabá integrace superega – právě z ní vyplývají pocity studu a viny, narcistické zápasy o obdiv a zbožňování.

- 5) Neschopnost vědomého emočního prožívání - projevuje se jako emoční labilita, ambivalence, nepřiměřenost nebo odehrávání emocí v nepatřičném kontextu.

- 6) Distorze percepčně kognitivního zpracování reality – vytváření „konstrukcí“, nízká integrace emočních a kognitivních funkcí, rozporuplná dynamika osobnosti. Podle Becka (1948) také neuspokojivý emoční stav a frustrace potřeb rozvracejí percepčně kognitivní proces (viz Jeřábek, 2008).

- 7) Motivační disperze, inkongruence a ambivalence – motivace je překrytá autonomizací motivu návykové látky. Závislý jedinec cítí nejistotu v životě a v mezilidských vztazích. Nejhlubší emoce jsou odmítány. A v důsledku intrapsychických konfliktů dochází k abúzu návykových látek, což je v podstatě defenzivní (např. únikové nebo autodestruktivní) nebo (pseudo) autosanační strategie.

Z výše uvedeného psychodynamického modelu osobnostní charakteristiky závislých vycházejí i doporučení pro psychoterapii. Jako cíl léčebného procesu by mělo být zvědomování vnitřních konfliktů za současného posilování ega při bazálních terapeutických postupech: 1) vystavení terapeutické konstelaci či struktuře, 2) identifikace příznaku terapeutem i klientem, 3) interpretace, 4) integrace (adaptace). Cílem léčby by měl být náhled, autonomnější identita, pozitivnější sebehodnocení atd. (Jeřábek, 2008).

7 Kritické hodnocení psychoanalytických teorií

Leeds a Morgenstern ve své kapitole o psychoanalýze a psychoanalytických terapiích zmiňují několik příkladů uvedených Blattem a kol. (1984). Z metodologického úhlu pohledu se v psychoanalytických pracích a studiích vyskytuje tyto problémy:

- 1) Zkoumají se jen malé vzorky závislých lidí a na podkladě tohoto zkoumání se vytváří závěrečné zprávy.
- 2) Závislost se nezkoumá jako více druhová či více stupňová.
- 3) Usuzují se faktory až na základě již vzniklé závislosti.
- 4) V psychoanalýze se netvoří kontrolní skupiny (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

Některé z výše zmíněných teorií mají pár podobných náhledů týkajících se závislostního chování. Jedním z nich je vysvětlení užívání drog jako příznak skryté poruchy, ač každá z teorií mívá jiný názor na charakter této poruchy. Většina teorií se také shoduje v tom, že psychické problémy u závislých se vyskytovaly již v době před vznikem závislostního chování. Velmi často nahlíží psychoanalytické teorie na závislé lidi jako na stejnorodou skupinu. Také se shodují v tom, že do závislosti člověk spadne nebo ne bez ohledu na rozsah a závažnost závislosti. Většina autorů se drží své teorie a neuznává různou povahu závislosti, ani různorodost lidí a další možné příčiny či procesy, které při vzniku závislosti mohou probíhat. V mnoha případech se autoři psychoanalytických teorií shodují na tom, že vytvoření závislosti na návykových látkách souvisí se skrytou patologií. Psychoanalytické předpoklady k průběhu a vývoji závislostního chování se odlišují od obecných a výzkumně prokázaných teorií (Leeds a Morgenstern, 1999).

7.1 Heterogenita závislých

Mnoho výzkumů, prací i léčebných programů dokazuje, že závislí lidé jsou, co se týká procesu začátku užívání, jeho příznaků nebo stavu rodinných vztahů, velmi různorodí. Podle terénního výzkumu Robinse a Regiera (1991), kterou uvádějí Leeds s Morgensternem, závislost může doprovázet porucha osobnosti, úzkostná porucha, schizofrenie či bipolární porucha. Přesné vzorce užívání návykových látek se používají v klasických paradigmatech k vysvětlení a následně i k léčebným postupům. Nepsychoanalyticky zaměřené pojetí vylučuje psychoanalytické názory, jako že závislosti existují nebo nikoliv, ale spíše se uchylují k názoru, že tyto problémy závisí na míře potíží a soustředí se na vymezení hranice užívání v normě a již vzniku závislosti. Toto vymezení je základ k tomu, určit další počínání léčebných procesů. Psychoanalytický pohled se spíše věnuje osobnosti a s ní spojenými problémy a nevymezuje vzorec vzniku závislosti od míry závažnosti závislosti. A tak se psychoanalytici mohou dopustit toho, že berou lidi s různými stupni a závažnosti závislosti jako stejnorodou skupinu (viz Leeds a Morgenstern, 1999).

7.2 Vliv užívání návykových látek na projev patologických jevů

Psychopatologie je dle psychoanalyticky zaměřených odborníků stálým osobnostním projevem. Obecně se však má za to, že se psychopatologie může projevit jen přechodně nebo se může stát právě důsledkem závislostního chování. Toto tvrzení je podloženo faktem, že v průběhu užívání návykových látek se projevují účinky těchto látek na psychiku a vztahy s okolím se postupně ničí a to má svůj velký podíl na případném vzniku nějaké formy patologie. Podle empirických závěrů lze rozdělit vztah závislosti k psychopatologii do 3 kategorií:

- 1) Závislost je jediný problém v životě člověka
- 2) Psychologické problémy jsou až druhotného rázu za závislostí
- 3) Psychopatologie se vyskytla již před začátkem užívání

Dle těchto kategorií by se doporučovala také léčba u jednotlivých případů. Psychoanalytické hledisko se ovšem v tomto ohledu liší, protože u všech závislých automaticky předpokládá psychologické problémy a léčba je tedy pojata ze širšího hlediska (Leeds a Morgenstern, 1999).

7.3 Vývoj patologického užívání návykových látek

Lidé jsou již od dětství obklopeni návykovými látkami ať už legálními či nelegálními. Děti přebírají vzorce od svých rodičů a celkově od společnosti, kde bývá běžné denní užívání například alkoholu. Určitou mírou přispívá dnešní zrychlená doba, která je plná stresu a shonu.

Morgenstern a Leeds čerpají z Babora (1992), který uvádí, že závislost ovlivňuje kromě psychologických, biologických a behaviorálních faktorů i kultura, v níž závislý žije. Je dokázáno, že v případech těžší závislosti mají největší podíl na jejím vzniku bio-behaviorální faktory, zatímco ostatní ustupují do pozadí (in Leeds a Morgenstern, 1999).

V případě rozdělení závažnosti užívání návykových látek se k nim dají přiřadit různé hlavní procesy, které určitý stupeň užívání z velké části ovlivňují. Kulturními a sociálními vlivy je nejvíce ovlivněno normální běžné užívání. V další fázi užívání, tzv. mírné, lidé uvěří v pozitivní účinku návykových látek a možnost alespoň na chvíli odbourat a přebít vnitřní nepříjemné afekty, sociální nátlak a odpovědnost. Dochází tak k potřebě ovlivňování vnitřních stavů a normální užívání se stává patologickým. Velkou roli zde hrají vnitřní konflikty nebo nedostatky a v neposlední řadě také stresové faktory. Závislí si drogou mění kvalitu prožívání.

Při dalším navýšení dávek návykových látek se zde začíná uplatňovat mechanismus učení a biologicky podmíněné procesy, s nimiž souvisí i podněty s okolí (lidé, věci, místa), jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu. To se týká především těžkého stavu závislosti. Ve středním a těžkém stupni závislosti již není možný náhled, zde už se v člověku odehrávají jiné než psychologické procesy (Leeds a Morgenstern, 1999).

7.4 Názory nesouhlasící s psychoanalytickým pojetím závislosti

Morgenstern a Leeds shrnují názor Brickmana z roku 1988, podle něž je léčba závislostí podle psychoanalytických přístupů zcela neefektivní. Brickman nesouhlasí také s názory, že modely závislostního chování mohou být ovlivněny náhledem. Podle Kaufmana (1994) mohou vyvstat námitky, že léčba psychodynamických směrů není možná před vyřešením závislosti a abstinencí (Leeds a Morgenstern, 1999).

Keller shrnuje příspěvky několika autorů, kteří tvrdí, že právě z důvodu toho, že ke vzniku závislosti přispívá mnoho faktorů: behaviorální, kognitivní, biologické, se nedoporučuje psychoanalýza jako hlavní forma léčby závislosti. Velký vliv na nevhodnost psychoanalytické léčby u závislých má i přístup psychoanalytických psychoterapeutů, kteří nechávají klientovi svobodu, nejsou direktivní a neudávají pravidla (viz Keller, 1999).

Bohužel se dodnes nevytvořila žádná psychologická léčba zabývající se poruchami osobnosti se zaměřením na užívání návykových látek, kromě MDGT Khantziana. Je však velmi důležité, aby se odborníci a specialisté soustředili na závislého člověka jako na individuální osobnost, protože právě jeho vlastnosti, stavy mysli a náhled na svoji situaci by měly být hlavními kritérii pro zvolení vhodného léčebného programu (Leeds a Morgenstern, 1999).

8 Přínos psychoanalytických směrů v léčbě závislosti

8.1 Názory a postřehy k terapii závislosti z psychoanalytického úhlu pohledu

Klienti přicházejí do psychoanalytické léčby, která se zabývá opakováním jistého druhu destruktivního chování, které projevuje navenek vnitřní konflikty, s přáním zbavit se zažitých vzorců chování ve smyslu muset dělat a nemoc přestat. S příchodem závislého klienta by měl psychoanalytik zjistit několik zásadních faktů. Je velmi důležité, jestli je u klienta nutný detox, zda se objevily suicidiální myšlenky, zda klient potřebuje zameditovat, nebo jestli je klient nebezpečný sobě či druhým. Dále by se měl zajímat o hlubší problémy, které by mohly hrát důležitou úlohu při závislostním chování. Velká výhoda psychoanalytické léčby oproti jiným přístupům může spočívat v hledání kořenů závislostního chování a klienti pak mohou lépe najít určitou rovnováhu a vyrovnat se s problémy, které způsobily jejich sebedestruktivní počínání. Právě destruktivní chování je jistý způsob úlevy od paranoidní a depresivní úzkosti. Po odkrytí důvodů tohoto chování má klient možnost pochopit svoji závislost a pracovat na ní (Waska, 2006).

Podle Sulzbergera - Wittenberga (1970) není pochyb o tom, že i zdravotnická péče, detox, nebo podpůrné skupiny jsou na místě, ale i psychoanalýza má své místo, které by mohlo být ku prospěchu závislým. Je vhodná zejména u lidí, kteří potřebují pomoci s problémy projevujícími se externě (in Waska 2006).

Mikota uvádí charakteristiku tzv. projektivní identifikace podle Ogdena (1982), který říká, že klienti závislí na návykových látkách nejsou schopni a ochotni mít náhled na svoji terapii. Popisuje projektivní identifikaci jako proces, který probíhá tak, že klient (projektor) trpí pocity, které jsou pro něj nesnesitelné, a potřebuje se jich zbavit, a tak je projeví verbálně i neverbálně např. obviňováním, popíráním apod. se snahou přenést je na terapeuta (Recipienta). Projektor vloží

různé obsahy do druhé osoby, od které projektora dělí jen tenká hranice (jako pouto mezi dítětem a matkou), což mu umožní manipulaci. Jako následek se pak uvádí zlost a opovržení ze strany terapeuta, které je více či méně dáváno najevo, a klienti ho pak vycítí, ač ve většině případů zcela nevědomě. Tento proces pak narušuje léčbu a její nutné a ozdravné kroky (viz Mikota, 2009).

Mikota zmiňuje také Directorovou (2005), která uvádí, jak je v terapii podstatné vyhledat u klienta určité typy poruch vztažnosti, právě od kterých závislý uniká k drogám. Takto vzniklé konflikty je třeba symbolizovat, prožít je s pomocí terapeuta znovu a propojit je s novou zkušeností. Důležité je hledat důvody, které vedou závislého ke cravingu po návykové látce, což začne klienta nutit všímat si prožitků ve vztazích, které jsou tak pro něj samotného více zjevné a tvarovatelné. Ač je často od odborníků slyšet o zneužívání nebo násilí v rodinách jako jedné z příčin vzniku závislosti, Directorová na své kazuistice poukazuje na to, že závislostní chování je tzv. „ekumenický“ příznak s původem v raných vztazích, které ovšem nutně nemusejí být narušené. Velkou roli může hrát nedostatečný zájem třeba sourozenců, odmítavý postoj vůči nejmladšímu členu rodiny, který se tak cítí opouštěný a zrazený a v případě, kdy rodiče nejsou schopni z jakýchkoli důvodů kompenzovat tyto pocity dítěte, to si pak může vytvořit automatický a logický vzorec toho, že vše, co potřebuje nebo si přeje, si musí samo vynutit. V terapii se takový klient může chovat tak, že v terapeutovi vyvolá pocit zbytečnosti, neviditelnosti (viz Mikota, 2009).

V léčbě existují určitá pravidla a to taková, že terapeuti nezasahují do léčby v době, kdy je klient intoxikován. Directorová (2005) však mluví o povolení určitých výjimek v tomto pravidle. Podle ní je důležité neodmítat mluvit s klientem, který je pod vlivem návykové látky, ale zase tento jeho stav neignorovat. V klientovi to může podpořit důvěru v terapeuta. V psychoanalytické terapii je, podle Bromberga (1988), jednou z důležitých fází regrese, která dopomáhá klientům otevřít ty nejsyrovější pocity a výrazy a ty pak zpestřují přenos a zkvalitňují náhled a reorganizaci self (viz Mikota, 2009).

Několik autorů tvrdí, že v průběhu terapie může dojít k podobným jevům, jako je obranný mechanismus u paranoidně / schizoidních stavů. Vlastní „já“ je závislé na objektech. Závislost na návykových látkách může být snaha zesílit moc

manických obran, ke kterým tíhnou lidé, jejichž „já“ neumí vytvořit obranu samo (viz Mikota, 2009).

Podle Directorové (1995) je velmi časté střídání dvou opačných stavů „self“: stav moci, self syntonní a upřednostňovaný „já“, který je ještě zesílen účinkem návykové látky a stav bezmoci, kdy závislý prožívá ohrožení rovnováhy a je odsouzený k tzv. disociaci. Dnešní teorie a mnoho Mikotou zmíněných autorů se přiklání k názoru, že stavy, které jsou disociované, se většinou projevují tzv. odehráním. Je to tzv. interpersonalice disociace, konflikty, které nezvládne člověk sám, prožívá ve vztahu k jinému člověku. Mnoho terapeutů se shoduje v názoru, že je velmi důležité podpořit klienta v přijetí nerovnovážných stavů a tím posílit klientovo „self“. V poslední době se jednak upouští od medicínského pojetí léčby jako hledání etiologie, patogeneze či preferovaného způsobu léčení. Také terapeuti přestali hrát roli nezúčastněného pozorovatele a začíná se projevovat vliv jejich osobnosti a individuality. Také se už upouští od představy obecných psychologických předpokladů pro vznik závislostního chování (viz Mikota, 2009).

Za poslední dobu došlo v psychoanalytické léčbě k několika pokrokům. Terapeuti zaměřili na klientovo ego, které připravili k vyrovnání se s nevědomými myšlenkami, co měly vyjít najevo (Keller, 1999). Když se podle Reicha (1933) do popředí zájmu psychoanalytiků dostaly osobnostní rysy a vzorce, důležitým se stalo ne to, co klient řekl, ale jakým způsobem to řekl (Keller, 1999). Schafer (1976) zmiňuje, že dnešní psychoanalytická psychoterapie řeší především odpory a obrany klienta. Někteří odborníci se zaměřují na prožívání tady a teď a prožívání všech aktuálních momentů terapeutického vztahu (viz Keller, 1999). Vnímání terapeuta i terapeutické situace pacientem souvisí s odporem i přenosem, stejně jako s infantilními zážitky. Hlavní ústřední bod, se kterým se v psychoanalytické léčbě pracuje, nejsou symptomy, nýbrž osobnost klienta. V průběhu léčby se sleduje význam postojů, gest, pocitů, způsobu přemýšlení o věcech i vztazích, také se řeší pocity, ze kterých je klient zmatený, rozrušený apod. V nemálo případech klientovi během léčby dochází fakt, že problémy, které ho donutily se léčit, způsobují právě způsoby jeho myšlení, vnímání a komunikace. Konflikt, který je důvodem léčby je přínosný pro vytvoření tzv. pracovní hypotézy a během léčebného procesu se terapeut s klientem pokouší přijít na proměnu tohoto

počátečního konfliktu, který v přítomnosti zasahuje do klientova života. Pro klienta neplatí žádná pravidla, krom toho základního, že bude terapeutovi sdělovat vše, co ho napadne (tzv. pravidlo volné asociace – podle Freuda 1900 viz Keller, 1999).

8.2 Možné terapie s psychoanalytickým zaměřením

Již výše psaný text vysvětloval, proč není vhodná psychoanalytická léčba závislosti jako primární, ústřední a jediná terapie. Existuje však několik druhů kombinovaných a různě členěných postupů terapie, která je z větší či menší části tvořena psychodynamickými směry.

8.2.1 Kombinovaná terapie kognitivně behaviorálních a psychodynamických směrů

Podle Kaufmana (1994), kterého uvádí Keller, je možné, že psychodynamická léčba nebyla úspěšná z důvodu toho, že nebyla před zahájením léčby důsledně nařízena abstinence. Existuje tzv. třífázová léčba. V prvních dvou fázích (1 až 2 roky) se léčba soustředí spíše kognitivně – behaviorálním směrem s důrazem na abstinenci. Ve třetí fázi se léčba začne uchylovat psychodynamickým směrem a nastává prostor pro sledování přenosu. Klienti si projdou fázemi jako je truchlení ze ztráty drogy a vyvstanou jim otázky ohledně intimity a autonomie (in Keller, 1999).

8.2.2 Sít'ová terapie

Zde se jedná též o kombinaci KBT a psychodynamické psychoterapie, které uvádí Galanter (1993). V první fázi se opět klade velký důraz na plnou abstinenci pomocí kognitivně - behaviorálních technik za pomoci sítě jeho blízkých, kteří docházejí na sezení s klientem. Celá rodinná síť se tak učí rozpoznávat příčiny bažení, rizikové situace a společně se závislým členem se učí strategie umožňující vyhnout se relapsu. V tomto případě se nerozebírá kodependence a rodinný systém se nijak nepřeměňuje (viz Keller, 1999).

8.3 Postup psychoterapie

8.3.1 Diagnostická fáze

V této fázi dochází k prvnímu kontaktu klienta s terapeutem. Klient je vyšetřen. Je nutné naslouchat a získat co nejvíce informací zejména o jeho předchozích relapsech nebo pokusech o abstinenci. Je dobré vědět fakta o rodině, psychiatrických diagnózách, konfliktu se zákonem. Všechny tyto informace jsou důležité nejen pro stanovení diagnózy, ale i pro zvolení vhodného léčebného procesu. Neméně podstatné je i pozorování pacientovo vyjadřování, přístupu, a je třeba zvážit, zda je pacient motivován a zda má případná léčba smysl. Klienti jsou v rozhodování značně ambivalentní a není dobré je přesvědčovat nebo naléhat, naopak je nutné dát jim volný prostor pro jejich ambivalentní pocity (Keller, 1999).

8.3.2 Počátek a střední fáze léčby

Zde je velmi zásadní důsledné vyžadování abstinence. Hlavní úlohu zde hraje kognitivně - behaviorální terapie. Protože se musí terapeut potýkat s různými intrapsychickými procesy klienta, je velmi přínosné doplnění terapie o

psychodynamickou část. Na místě je například práce na cravingu, kdy se terapeut snaží klientovi vyložit nejen vnější podněty, způsobující bažení, ale i vnitřní motivy, stavy, které vedou k bažení po návykové látce, a společně nacházejí strategie jak těmto stavům cravingu vyhnout, popřípadě dokázat tyto pocity zpracovat (Keller, 1999).

Jeden z dalších problémů je podle Fenichela (1945) velmi častý obranný mechanismus tzv. přesunutí. Je to proces, kdy si klient přenesse svoje pocity vůči osobě nebo objektu na osobu jinou (viz Keller, 1999).

Velmi často se u klientů vyskytují tzv. zdánlivě irelevantní rozhodnutí, která klienta, aniž by si to uvědomoval, směřují k velmi rizikovým situacím. Klient se rozhodne kaskádovitě za sebou tak, že na první pohled nejsou vůbec znát souvislosti s braním drog, avšak všechny kroky vedou jedině právě k užití návykové látky (Keller, 1999).

V psychoanalytické léčbě se také terapeuti snaží pracovat s tzv. odkrýváním maladaptivních kognitivních funkcí, které značí fungující psychologickou obranu, například převrácení, kdy klient obrátí nevědomé pocity do opaku dříve, než se stanou vědomými (Keller, 1999).

Velmi důležité je i používání empatie a interpretace konfliktu. Z psychoanalytického hlediska má tento proces podle Greensona (1960) několik fází: 1) terapeut není pozorovatelem, ale účastníkem klientova příběhu i s jeho emocemi. 2) terapeut opustí funkci účastníka a vrací se do role pozorovatele, který je schopen popsat klientovi jeho vlastní emoce a jejich význam. 3) terapeut podává tyto informace o emocích formou objasnění nebo interpretací (viz Keller, 1999).

Analýza odporu a přenosu je jeden ze základních předpokladů úspěšné léčby. Význam a podstata těchto stavů jsou popsány výše. Všechny výše probírané pojmy, afekty, konflikty mohou být nazývány odporem, je nutné se mu pozorně věnovat. Co se týká přenosu, tak je v psychodynamické psychoterapii povolen, avšak při práci na prevenci relapsu je nutné přenos zmírnit co nejvíce (Keller, 1999).

8.3.3 Pokročilá fáze léčby

Tato fáze je většinou málo probádána i z důvodu toho, že klienti se po dosažení abstinence zřikají další terapie nebo volí jiné alternativy. V případě pokračování léčby se hlavního slova může ujmout právě léčba více psychoanalytická. Terapeut se staví do neutrální role a dává tak klientovi prostor k přenosu. Pracuje se na vnitřních konfliktech a terapie se soustředí na tři základní oblasti: 1) odkrytí kritických afektů, 2) průzkum nevědomých konfliktů, 3) rekonstrukce a adaptace na život bez drog. Jako ústřední konflikt podle Kaufmana (1994) bývá v pozdější fázi léčby intimita a autonomie. Krystal a Leeds a Morgenstern v roce 1978 uvedli, že droga slouží závislým jako náhražka. Intimita ve vztahu k ostatním lidem má pro závislé lidi dva významy nevědomého rázu: blažené splynutí a současně děsivé pohlcení. Závislý má tendenci mít vztahy na základě blízkosti, ale zároveň si udržet jistou autonomii a zde pomáhá právě přenos na terapeuta, aby se konflikt vyřešil (viz Keller, 1999).

Závislým lidem přijdou běžné starosti neúnosné a jsou na ně velmi přecitlivělí. A tak cílem psychoanalytickovy léčby by mělo být pomoci závislému klientovi naučit se přijmout běžné komplikace života a v pořádku je ustát (Keller, 1999).

Jak uvedli Freud a Breuer (1893- 1895) „Hlavní úspěch psychoterapie spočívá v „transformaci hysterického utrpení do běžného neštěstí“ (viz Keller, 1999).

9 Kazuistická část

9.1 Úvod

Jméno: Irena

Věk: 23 let

Hlavní droga: Alkohol

Stav: Svobodná

Děti: Půlroční syn

Sourozenci: Mladší bratr

Irenu jsem poznala při své praxi v doléčovacím centru. Zaujal mě její příběh, a protože jsem v té době začínala psát bakalářskou práci a Irena splňovala všechna kritéria pro výběr klienta do mé kazuistické práce, požádala jsem jí, zda by mi nemohla poskytnout svůj „příběh“. Irena dala souhlas k tomu, že mi poskytne většinu informací s podmínkou, že nezveřejním její jméno ani osobní údaje. Sešly jsme se třikrát. Irena na mě působila jako velmi inteligentní žena, která si již dnes uvědomuje následky jednání své matky i sebe a snaží se stále hledat příčiny své závislosti a poznávat sebe samu, protože to je podle jejích slov právě to nejdůležitější, co může udělat pro svého syna i pro sebe. V době, kdy jsme se setkaly, měla za sebou Irena 1 ústavní léčbu, 9- ti měsíční ambulantní léčbu a půl roku doléčovacího programu.

Etická klausule: Ve své práci jsem pozměnila jméno i všechny osobní údaje.

9.2 Časová osa

Odložení do kojeneckého ústavu – 1. týden

Smrt babičky – 5 let

První opití – 11 let

Smrt matky – 20 let

Odebrání bratra – 21 let

Ústavní léčba – 21 let

Relaps – 21 let

Odchod přítele a těhotenství – 22 let

Ambulantní léčba – 22 let

9.3 Rodinná anamnéza

Matka: Irenina matka pocházela z rozvrácené rodiny, neměla sourozence, její otec byl alkoholik, s matkou neměla dobré vztahy, protože už od svého dospívání hodně pila alkohol. Žila sama s dvěma dětmi, byla vyučená a pracovala jako prodavačka, občasně si přivydělávala jako uklízečka. Od dospívání měla nejen problémy s alkoholem, ale trpěla i depresemi. Když bylo Ireně 20 let, její matka spáchala sebevraždu, opila se a předávkovala léky.

Otec: Irenin otec pochází z úplné rodiny, byl jedináček. Irena svého otce do svých 18 let vůbec neznala. Nikdo jí nechtěl říct, kdo její otec vlastně je. V 18. letech se s otcem poprvé setkala, ale jen krátce. Jak sama říká, nenavázala k němu žádný vztah, ale velmi jí to trápí. Občas ho potká na ulici, ale jen se s ním pozdraví. Nic od něj nechce, je příliš hrdá na to, aby udělala první krok a projevila snahu o kontakt. Irenin otec je vyučený elektrikář.

Irena neměla zrovna bezproblémové dětství. Hned po porodu ji matka dala do kojeneckého ústavu, protože se bála, že se o ni nedokáže dostatečně postarat. Byla závislá na alkoholu a věděla, že se nezvládne postarat ani o sebe, natož o dítě. Irena v kojeneckém ústavu strávila čtyři měsíce, potom si ji její matka, dohnaná pocity viny, vzala zpět, ale Ireně často ve svých stavech opilosti vyčítala právě toto rozhodnutí. Irena se domnívá, že k tomu, aby se o Irenu začala matka starat, ji donutila její matka, Irenčina babička, kterou měla ráda, ale které matka nedovolila chodit často za Irenou na návštěvy, protože spolu neměly příliš dobré vztahy, což pramenilo zřejmě již z dřívějších dob. Babička zemřela, když Ireně bylo pět let. Irena si vzpomíná na některé matčiny opilecké scény již od útlého dětství, ač dle vlastních slov na spoustu běžných věcí si nemůže do svých pěti let vůbec vzpomenout.

Sdělení klientky:

„ Máma vždycky přišla domů pozdě večer. Čekala jsem na ní už od odpoledne, třeba pět hodin (bylo jí asi pět let), kdy mě sousedka vyzvedla ze školky, doprovodila mě domů a snažila se mě nějak zabavit. Ale já chtěla mámu. Zoufale jsem odpočítávala čas, kdy už přijde. Ona pak přišla ožralá, křičela, smála se a pak se většinou naštvala a začala mi nadávat třeba kvůli tomu, že sem nadrobila v kuchyni. Dodnes je mi špatně od žaludku, když si na to vzpomenu. Byla zlá, strašně zlá. Někdy na nás zaklepala teta a velmi často jsem slyšela, jak se s mámou hádají, a teta mámě vyčítá, že se o mě nestará. Matka si ale vedla svou. Křičela na tetu, že sama nemá žádný parchanty, tak ať se neplete do naší rodiny. Jak směšný, my jsme nebyly vůbec žádná rodina! Když měla jeden ze svých horších dnů, tak mě zmlátila třeba za to, že jsem si hrála a byla jsem moc nahlas. Dnes mi to přijde až neuvěřitelné, jak jsem to mohla vydržet, ale tehdy mi to přišlo naprosto v pořádku a normální. Snažila jsem se dělat všechno co nejlíp, aby nebyla naštvaná, aby mě třeba pohládila nebo řekla něco hezkého nebo mi jen nechala na pokoji. Chtěla jsem si vynutit její lásku, ale většinou si stejně něco našla, aby mě mohla seřvat. Když byla v lepším rozpoložení, měla dobrou náladu, slibovala mi, že spolu pojedeme na dovolenou a že mi koupí panenku, tu nejkrásnější ze všech panenek. Slibovat uměla dokonale, ale bohužel se nikdy její sliby nevyplnily. Ale v těchto světlejších momentech mě objímala a taky často

plakala a omlouvala se mi za to, že je na mě taková. V těch chvílích mi bylo snad ještě víc smutno, než když na mě řvala, bylo mi jí líto a cítila jsem takový divný pocit, snad vinu za to, že moje maminka to má se mnou tak moc těžké“.

Vlastní komentář:

U Ireny došlo v raném dětství k narušení attachmentu, když byla odložena do kojeneckého ústavu ihned po narození. Tento vztah sice mohl být nahrazen blízkým vztahem k babičce, ale ta vídala Irenu málo a v jejích 5 letech zemřela. Podle Mahlerové (1968) probíhá u dítěte od 6 měsíce věku proces tzv. separace – individuace. Je to proces, kdy by dítě mělo být v symbióze s matkou, a který trvá do tří let. Dítě je zpočátku zmatené a postupně se ztotožňuje s chováním své matky. 1 fáze je diferenciatní a trvá prvních 5 měsíců života. Dítě spojuje své pocity libosti a blaha s matkou a dochází k poznání, že matčina činnost není zcela podřízena jeho potřebám. Irena se v tomto období netěšila matčinou přítomností ani péčí, pocity libosti chyběly nebo mohly vzniknout na základě kontaktu s jinou osobou, starající se o dítě v ústavu. Druhá fáze se nazývá praktizující, dítě je ve věku 10 až 15 měsíců, kdy automaticky počítá s matčinou přítomností a je přesvědčeno, že matce se zamlouvají všechny jeho činy. Spontánní matka vytváří v dítěti blahé pocity při všech aktivitách, které se líbí matce. Zde byla Irena opět ochuzena o přítomnost matky a její spontánnost. Třetí fáze je znovuzbližovací a probíhá ve věku 14 až 20 měsíců. Dítě již není přímo závislé na matčině pozornosti a přítomnosti, je schopné si matku představit. Dítě až po absolvování těchto fází je schopné bez problému vstoupit do tzv. oidipského stádia, kde často dochází ke vzniku neurotických problémů. Vzhledem k nedostatečné péči a pozornosti se Ireně nedostalo základních potřeb, což vnímám jako velmi závažné. Neutvořila si opěrný bod a do dalších fází života tudíž vstupovala handicapovaná a bylo na místě předpokládat, že bude mít psychické problémy (podle Mikoty, 1995).

Irenčina matka si domů vodila pánské návštěvy, které ale většinou zůstaly jen krátce. Jak Irena sama říká, muži nedokázali s matkou vydržet. Nikdo s ní nedokázal vydržet, ani ona sama. Irena se čím dál tím víc častěji stavovala u sousedů, kde na ní byli hodní a vždycky jí pomáhali. Hlavně teta Věra, která jí v mnohém suplovala matku. Sousedé byli bezdětní, takže byli rádi, když za nimi

Irena občas přišla. Později, když nastoupila do školy, jí teta Věra pomáhala s učením, se kterým ale neměla Irena větší problémy. Ve škole jí paní učitelky chválily, jak je šikovná a věřily, že Ireně pomáhá její vlastní maminka. Také si u sousedů zamilovala čtení, a četla mnoho knih, nejen pro děti.

Sdělení klientky:

„Když jsem nastoupila do školy, tak spoustu věcí, které měla dělat moje matka, dělala teta Věrka, pomáhala mi s úkoly, vymýšlela pro mě různé aktivity a přivedla mě ke čtení. Byly to okamžiky, kdy jsem se cítila v bezpečí, seděla jsem v kuchyni u tety, četla knížku a teta mi uvařila kakao a pak jsme si povídaly, o knihách, o škole, o mámě, snažila se mi pomoci, jak jen to šlo.“

Později si Irenina matka našla dlouhodobého partnera, a jakoby viděla v tomto vztahu poslední naději. Začala o sebe pečovat, a také Irena v té době dobře prospívala. Matka vařila teplé večeře, uklízela a Irena poprvé okusila, jak vypadá „normální dětství“. Občas, spolu uklízely a povídaly si, a možná teprve v tomto období k sobě našly cestu nebo spíš začátek - směr. I když měla k otčímovi neutrální vztah a on jí také nevyjadřoval ani nenávisť, ale ani náklonnost, byla ráda za jeho přítomnost. Matka se snažila jako nikdy a domácnost fungovala. Irena na toto období vzpomíná jako na jedno z nejklidnějších ve svém životě. Měla čas na knihy, které četla ve velkém množství. Pak její matka otěhotněla, a i když se občas napila, nechodila domů opilá a bylo na ní vidět, že je šťastná. Když bylo Ireně 10 let, narodil se jí bratr Jiří. Měl jiného otce, ale od prvního momentu, kdy ho viděla, ho brala za vlastního. Cítila jakési vnuknutí, že jejím úkolem bude ho ochraňovat před všemi i před matkou, když to bude nutné. Nechtěla dopustit, aby zažil to, co ona. Snažila se, co nejvíc to šlo. Po prvním roce, kdy se matka o syna starala celkem svědomitě, se věci opět začaly měnit k horšímu. Matka přestala chodit domů, přišla třeba až po dvou dnech, začala se opět opíjet. Matčin druh se odstěhoval a s matkou se rozešel. Pro Irenu to byl šok, a možná i zlomový moment v jejím životě, byla vyděšená. Tehdy se poprvé opila, a bylo jí ze sebe zle. Došlo jí, že se o bratra bude muset postarat sama a modlila se, aby matku nevyhodili z práce, protože potřebovali peníze na živobytí. Od té doby začalo Ireně peklo. S matkou se často hádala a dlouho do noci na sebe křičely. Matka si domů vodila muže, kteří byli

stejně jako ona, opilí a velmi často i agresivní. Nenáviděla ji za to, že se o rodinu nestará, že pije, a že jí zkazila celý život.

Sdělení klientky:

„Byla to těžká doba, máma se domů vracela jen občas, ale je pravda, že nám dávala peníze, možná cítila vinu, protože někdy se ani hádat nechtěla a spíš se jen lítovala a vylouvala, nebo slibovala, že se změní. Přesto jsme se hádaly, vyčítaly si navzájem všechno, co se stalo a to, jak jsme žily. Tehdy jsem ale už viděla věci v souvislostech a snažila se jí pomoci. Když měla slabé chvíle, tak sem snad i věřila, že se změní, moc chtěla, ale alkohol pro ni byl všechno, jak mi jednou přiznala, a léčit se nikdy opravdu nechtěla. Zkoušela sama abstinovat, ale déle jak týden to nikdy nevydržela.“

Jednoho dne přišla Irena domů a našla matku ležet na podlaze. Myslela si, že to je jen jedna z dalších kocovin po prohýřené noci, ale matka měla podezřele studené tělo. Irena se snažila nahmatat pulz, ale necítila vůbec nic. Vedle ní našla čtyři tuby prášků. Okamžitě zavolala záchrannou službu, ale bylo pozdě. Matka zemřela, Ireně bylo 20 let.

Sdělení klientky:

„Byl to nejstrašnější okamžik mého života, zastavil se čas. Nevěděla jsem vůbec, co mám dělat, co má na tomhle světě smysl. Věřím, že nebýt bráchy, udělala bych to, co ona. Měla jsem na ní vztek, jak mě tady mohla jen tak nechat po tom všem, co jsem pro ni udělala. Mokrát jsem se snažila na ten pocit zapomenout, vymazat vzpomínky na mámu, ale nejde to a dodnes mám chvíle, kdy nemůžu nic a jen tak tupě zírám do stropu.“

Tehdy se Irenčin život změnil, měla dokončené učiliště, které zvládla bez problému a musela vydělávat na svého bratra, být mu matkou i otcem. Jak sama říká, začala si uvědomovat napětí, ve kterém žije, stres, který jí doháněl k alkoholu. Byla závislá na alkoholu, měla za sebou experimenty s různými drogami a nevěděla co dál. Požádala, aby jí byl její bratr svěřen do péče, ale sociální pracovnice toto po několika návštěvách a rozhovorech nedoporučila, jeho otec nebyl též schopen se o bratra postarat, a bratr byl odvezen do dětského

domova. Ireně najednou došlo, že pokračuje život svojí matky, jak se celý život bránila tomuto chování, alkoholu, excesům, tak do něj zapadla celkem rychle a snadno. Tehdy jí možná poprvé došlo, že má problémy sama se sebou i se závislostí.

Vlastní komentář:

Zde je jasně vidět fakt, že matky alkoholičky se pro své dcery dříve či později stávají tzv. identifikačním vzorem v chování a řešení různých životních situací za pomoci návykových látek (viz Hajný, 2003). Irena od malička viděla matčiny úniky k alkoholu, kdykoliv se vyskytl nějaký problém, a proto se automaticky uchýlila v náročných životních situacích ke stejnému řešení.

Z Irenčina vyprávění mám také dojem klasického případu kodependentního člověka. Myslím si, že u Ireny vznikla tzv. primární kodependence podle Whitfielda (1991), jejíž příčinou je traumatizace nebo špatné zacházení v dětství. Traumatizováno bylo také její pravé „já“, zatímco si vytvořila falešné „já“ jako svoji obranu, o čemž píše Guntrip a Kohut v roce 1971 (viz Jeřábek, 2008). Celý život hrála poctivě roli zachránce a pomocníka, který byl vždy po ruce pro svoji matku, a velmi často byla i uspokojitelem lidí kolem sebe, jak matky, tak bratra. Irena neměla možnost poznat samu sebe a bez vytvoření si vlastních hranic se nechala podmanit potřebami druhých, aniž by uměla dát najevo své potřeby nebo se uměla prosadit (Kudrle, 2003). Podle již zmíněné Cermakovy teorie charakteristických rysů u kodependentů se u Ireny objevilo převzetí zodpovědnosti za účelem uspokojení potřeb druhých, které upřednostňovala před svými potřebami a vztahy si Irena hledala většinou s agresivními a závislými muži. Irena v alkoholu také našla náhradu za pudový objekt, který je důležitý v prvotních letech lidského života, a který byl u Ireny nedostačující (Mentzos, 2000).

V Irenčině rodině je zjevná dysfunkce. Irenčin otec je nepřítomný, zatímco matka je závislá na alkoholu, je chladná, neumí dát najevo svoje city, což je dle mnohých teorií předpoklad pro budoucí vznik závislostního chování u dětí takovýchto rodičů. Oběma sourozencům chyběla láska, něha a fyzický kontakt, jak ze strany otce, tak matky. V ještě horší situaci než Irenčin bratr, který v prvním roce žil v podstatě v klasickém modelu rodiny a dodnes svého otce vídá, je sama

Irena, která v podstatě do svých deseti let neměla vůbec žádný kontakt s mužskou osobou, a kromě otčíma, když už viděla v přítomnosti matky nějakého muže, ve většině případů to byli násilníci nebo alkoholici. To se samozřejmě projevilo v dospívání i v dospělosti ve vnímání muže a vztahu k němu. Chybějící fyzický i psychický kontakt s mužem nebo špatné zkušenosti se promítají do života obzvláště u žen, které pak mají problém najít zdravý vztah nejen k sobě a svému ženství, ale i k muži jako partnerovi.

Jako velmi kladný považuji vztah Ireny k babičce, která ji alespoň částečně v prvních letech života nahradila city mateřské osoby. Důležitý člověk pro Irenu byla i teta Věra, díky ní se alespoň v krátkých chvílích Irena cítila bezpečně a také vnímala zájem o ni, což jí do té doby nikdo neumožnil. Bohužel se s tetou Věrou od svých 18 let neviděla, protože se nepohodly, právě kvůli matce, za kterou se tehdy Irena postavila, ač dodnes vlastně neví proč. Od té doby vztahy ochladly, ale Irena se o tom se mnou nechtěla vůbec bavit.

9.4 Osobní a sociální anamnéza

Irena vychodila základní školu s velmi dobrým prospěchem. V kolektivu nebyla moc oblíbená, podle jejích slov to bylo hlavně kvůli tomu, že nikdy nechodila moc hezky oblékaná a nikdy neměla nic nového, nebyla tzv. „in“. Děti se jí posmívaly v podstatě už od první třídy. Pro Irenu to bylo stresující a velmi se tím trápila. Po dokončení základní školy si Irena chtěla podat přihlášku na gymnázium, ale matka jí to nedovolila. Odůvodnila to tím, že by gymnázium stejně nezvládla a v podstatě jí nařídila, aby se přihlásila na odborné učiliště s tím, že se vyučí, a bude moci vydělávat konečně peníze. Nakonec byla přijata na střední odborné učiliště v oboru kuchař / číšník. V té době již měla zkušenosti s lehkými drogami a občasně se opíjela, věděla, že alkohol jí pomůže na chvíli zapomenout její tíživou situaci doma. Navazovala povrchní známosti s chlapci i muži o mnoho let staršími. S nikým však neudržovala dlouhý nebo vážnější vztah. Viděla na své matce, jak jí muži ničili a ponižovali, a nejednou byla svědkem toho, kdy matku nějaký z jejich

tzv. přátel zbil. Navíc jí hodně času zabírala starost a péče o jejího mladšího bratra. S matkou se v té době hádaly. Irena začala upadat do depresí, jako kdyby prokoukla, že její život není v pořádku, její dětství nebylo v pořádku a začala se chovat agresivně.

Sdělení klientky:

„Měla jsem vztek, neuvěřitelné návaly vzteku, které jsem neuměla pojmenovat, v hádkách s matkou jsem bývala nepřičetná a vždycky po tom jsem se zpila do němoty. Tehdy jsem se cítila jako kus hadru, co o něj jen všichni zakopávají. Ve škole se mi všichni posmívali, měli hloupé poznámky, doma mi máma vyčítala, cokoliv jí napadlo, nevěděla jsem kam jinam utéct než k flašce“.

Díky svému oboru na škole, nesčetoným praxím i brigádám v barech a restauracích, měla Irena stálý přístup k alkoholu, a tak kdykoli se dostala s někým do konfliktu, utíkala k alkoholu jako k první pomoci, a jediné co ji drželo ve střízlivém stavu, byl její bratr, se kterým měla blízký vztah a ke kterému nebyla nikdy příkrá ani agresivní. Po matčině smrti se však Ireně ještě přitížilo a ona začala vnímat všechny újmy světa, které ji potkaly. Začala pracovat jako číšnice v jedné restauraci, snažila se být poctivá, nepít alkohol a svědomitě se starat o svého bratra, ale nešlo to. Bratr začal prožívat období vzdoru, což vyvolávalo hádky, které Irena vždy zakončila zavřenými dveřmi a láhví alkoholu. Bylo jí 21 let, když ji jejího bratra odebrali. Zhroutila se. Zůstala sama, bez přátel i rodiny. Když přestala chodit do práce a zavřela se doma, měla suicidiální myšlenky a chtěla ukončit vlastní život stejně jako její matka. Když byla opilá, udělalo se jí zle a ona nahlas naříkala. Zaslechla jí pošťačka, která zavolala záchrannou službu.

Vlastní komentář:

Zde došlo u Ireny k tzv. narcistické krizi, kterou popsal v roce 1974 Wurmser, kdy její prožívání sebe samé a její pocity ze sebe se rozhodně neshodovaly s dokonalostí, kterou po sobě vyžadovala (viz Mikota, 2009). Ireně také velmi přispěly pocity studu a viny. Mentzos (2004) popsal proces rozporu ega a nadjá, kdy dochází ke studu z důvodu vzdálení se od svého nadjá a nakonec se dítě cítí poníženo kvůli závislosti na objektu. Irena se chovala v rozporu se svým egem a v souladu s nadjá, a přesto se jí nedostávalo lásky ani pochopení. Takže

byla nejen ponížena, ale i zklamána, a ve své podstatě závislá na matce (Mentzos, 2004).

Irena byla po stabilizaci zdravotního stavu převezena na psychiatrii, kde na ženském oddělení závislosti strávila pět měsíců. První dny byly pro Irenu kruté, ale později si zvykla na režim oddělení a svědomitě plnila všechny funkce a aktivity, které měla na starost. Bavilo ji plnit program a byla na oddělení velmi oblíbena. Po dokončení léčby si myslela, že má všechno za sebou. Rozhodla se, že navštíví bratra, když ho viděla, málem se rozplakala, byl zamlklý, smutný a ona cítila, jak strádá. Bratr ji prosil, ať si ho vezme zpátky. Jak sama říká, počítala s tím, že je nadobro vyléčená, přesto šla bezmyšlenkovitě rovnou do obchodu, kde si chtěla koupit jídlo k večeři, zvláštní na tom je fakt, že zamířila rovnou do krámu, kde si kupovala pravidelně alkohol, koupila si láhev a doma jí celou vypila. Podle jejích vlastních slov jí to došlo, až když dopila poslední skleničku.

Vlastní komentář:

Zde je vidět naprosto zřejmý fakt, že pokud člověk není rozhodnut a dostatečně vnitřně motivován k léčbě, ta je předem odsouzená k neúspěchu. Dle Marlatta a Gordona (1985) pokud je závislý donucen nebo se rozhodne nikdy už neužít drogu (alkohol), je téměř předurčené, že zrelapsuje. Někteří závislí si tak mohou vyložit své „už nikdy“ jako zásadu, kterou když překročí, nastanou fatální následky. Čím více klient toto pravidlo vidí a vnímá ho černobíle, tím více je ohrožen tzv. efektem porušení pravidla (viz Wanigaratne 1998). Irena v léčebně hrála zjevně roli, na kterou byla zvyklá z rodiny. Snažila se urputně pečlivě starat o svoje povinnosti a neexistovalo, aby udělala nějakou chybu, jinak se obviňovala, že není dost dobrá. V léčebně přesně plnila zadanou práci a byla velmi aktivní, otázkou je, do jaké míry se uchylovala k mechanickým povinnostem a snaže zavděčit se ostatním proto, aby se nemusela zabývat vnitřním já. Irena si totiž vůbec nepřipustila možnost, že se ještě někdy napije alkoholu, bylo pro ni nemožné vůbec na tuto situaci pomyslet. Možná to bylo způsobeno i tím, že ještě zdaleka nebyla připravená a dost vnitřně motivovaná k léčbě svojí závislosti, což potvrzuje fakt, že brzy po propuštění zrelapsovala.

Myslím si, že na druhou stranu je občas velmi užitečné jít do léčby, přestože není závislý připraven, může alespoň zpomalit neustálý kolotoč, ze kterého nejde slézt. Člověk se na chvíli zastaví a srovná si v hlavě mnoho věcí, přestože ještě není motivován a připraven na léčbu. Irena by se měla buďto rizikovým situacím zcela vyhnout, nebo se na ně dopředu připravit a v případě, že k relapsu dojde, by se měla naučit určitý postup, který zabrání v pokračování užívání alkoholu (viz Wanigaratne, 1998).

Její proces relapsu jasně ukazuje na klasický příklad tzv. zdánlivě irelevantního rozhodnutí, jinak vytvořené bezvýhodné situace, které jako první popsali Marlatt a Gordon (1985) (viz Wanigaratne, 1998). Jsou to běžná každodenní rozhodnutí, kterých klient udělá několik za sebou, aniž by na první pohled jakékoliv z nich souviselo s užíváním. Avšak ve výsledku vedou všechny právě k užití drogy (alkoholu). Irena první z rozhodnutí učinila možná už tehdy, kdy se rozhodla jít navštívit svého bratra. Tuto skutečnost s nikým neprobrala a musela tušit, že toto setkání otřese jejími emocemi, přesto šla. Po té šla opět „bezmyšlenkovitě“ koupit něco k večeři do obchodu, kde roky nakupovala alkohol a logicky si ho koupila, ač to neměla v úmyslu. Doma se samozřejmě opila. Všechny tyto situace vedly k jedinému – a to k relapsu.

Začalo období, na které si Irena vzpomíná jen matně. Chtěla zmizet, nedokázala se vyrovnat s tím, že svého bratra neuměla ochránit. Toulala se po ulicích a hospodách, bylo jí všechno jedno. Tehdy se seznámila s mužem, do kterého se zamilovala, a snad poprvé ucítila touhu po partnerském vztahu. Její přítel byl o deset let starší, hodně pil a neměl kde bydlet a proto se brzo nastěhoval k Ireně. Irena docházela za bratrem velmi často a slibovala, že udělá všechno pro to, aby ho z dětského domova dostala pryč. Tehdy jí nedošlo, že si na sebe ušila bič a že jen vyměnila jednoho alkoholika (matku) za druhého. Situace začala být brzy neúnosná, přítel Ireny chodil domů opilý a často Irenu napadal. Z počátku jen psychicky, později ji začal bít. Irena to vydržela půl roku, než zjistila, že je těhotná. S přítelem se pohádala, protože on ji podezříval, že dítě není jeho a řekl, že žádné vychovávat a žít rozhodně nehodlá.

Vlastní komentář:

V této situaci opět vychází najevo Irenčina kodependence, kdy se po ztrátě matky a následně i bratra neuměla vůbec sžít sama se sebou, jako kdyby potřebovala někoho, o koho by pečovala, komu by se zavděčovala a podobně, tento jev se může označit jako tzv. nahrazení self objektu. Její přítel zastoupil přesně toto prázdné místo. Místo někoho, kdo Ireně ubližuje, psychicky ji deptá a bije ji. Vzhledem k nízkému sebevědomí a pocitu, že Irena není pro nikoho dost dobrá, bylo jasné východisko právě v soužití s osobou, která jí bude dál ubližovat, jako jakýsi druh sebetrýznění či trestu.

Velký význam vidím i v nepřítomnosti jejího otce, což může u Ireny nevědomě způsobovat pocity nedůležitosti a méněcennosti. Irena proto inklinuje k mužům, kteří jí tyto pocity potvrzují svým hrubým chováním vůči ní. Je to tak možná určitý druh sebetrýzně nebo spíš vzorec, který má zažitý. Doporučila bych Ireně zkusit navázat s otcem kontakt a postupně se pokusit vytvořit vztah, vyřešit napětí mezi nimi a vyrovnat se s tím, že nebyl u ní, když ho potřebovala. Mělo by to pomoci při hledání vztahu k sobě samé, při přijetí svého ženství i sebeúcty, což velmi úzce souvisí s výběrem partnera.

Pro Irenu byla další rána, když její přítel odešel. Na druhou stranu se v ní něco zlomilo a ona se zatvrdila, že nikdy nedopustí, aby její dítě vyrůstalo s matkou, která nevydrží bez alkoholu ani den. Rozhodla se, že bude abstinovat a docházet na ambulantní léčení, a zkusí se zbavit závislosti. Našla si práci jako recepční a docházela do AT ambulance. Dařilo se jí nepít, začala zase číst a velmi se těšila na své dítě. Pečovala o sebe a dokonce podala žádost, aby si mohla brát bratra alespoň na víkendy. První tři měsíce plně abstinovala, poté přišel první relaps. Po jedné z návštěv u bratra měla smutnou náladu a tak si chtěla dát skleničku na povzbuzení, která dítěti nemohla uškodit, bohužel se opila, ne příliš, ale dostala strach. V AT ambulanci ji uklidnili a při návštěvě gynekologa jí řekli, že dítě je v pořádku.

Vlastní komentář:

Jako důležité vnímám to, že relaps proběhl po prvním trimestru jejího těhotenství, protože nenarozené dítě má již vyvinuté důležité soustavy a orgány a

je odolnější, než v prvních dvou měsících, kdy se základní orgánové soustavy teprve vytvářejí.

Myslím, že právě relaps je někdy důležitý po nepříliš úspěšné léčbě, ale i po úspěšné léčbě není výjimkou. Závislý člověk zjistí, že jsou situace, kdy neodolá a je nutné se na tyto situace vybavit určitými procesy a vzorci chování, které pak pomohou závislému odolat před dalšími atakami bažení. Irena si včas uvědomila, že další opíjení by mohlo poškodit dítě a navíc už nacházela určitý kladný vztah i k sobě samé, tudíž věděla, že pít už nechce. Byl to pokrok od dokončení léčby, kdy vůbec nepočítala s tím, že bude nutná abstinence a že na sobě bude muset ještě hodně zapracovat.

Poprvé ve svém životě poznala, jaké to je žít střízlivá, jaké radosti skýtá život, kde nehraje hlavní roli alkohol. V poradně pro budoucí matky si našla kamarádku, se kterou si často chodila popovídat do čajovny. Po čtyřech měsících docházení do AT ambulance, začala navštěvovat doléčovací program. Konečně jí začalo docházet, že nemůže abstinovat kvůli někomu druhému, ale kvůli sobě. Společně s pracovníci OSPODU začala pracovat na tom, aby jí byl bratr svěřen zpět do péče. Měla strach a poprvé v životě si to dokázala přiznat a mluvit o tom. Poznala, že není jediná, kdo má v životě problémy a kdo má nepříjemné a traumatické vzpomínky na dětství. Seznámila se s nynějším přítelem, který se jí stal velkou oporou. Porodila předčasně zdravého chlapečka a velmi se snažila už od začátku být dobrou matkou. Její bratr, který s Irenou a jejím synem začal trávit víkendy, jí moc pomáhá a Irena je po dlouhé době, ve svých 22 letech, spokojená se svým životem. Rozhodla se začít docházet na soukromě psychodynamicky zaměřenou psychoterapii.

9.5 Zdravotní anamnéza

Irena se narodila předčasně asi o měsíc, byla menší, ale jinak zdravá. V průběhu prvních týdnů, kdy byla v kojeneckém ústavu, prodělala několik infekcí.

Když jí byly tři roky, měla zápal plic. Často trpěla záněty středního ucha a opakovanými hnisavými angínami. Měla zarděnky a průšnice. Trpí alergií na pyly. V těhotenství měla zvýšené hladiny jaterních enzymů.

Vlastní komentář:

Lidé, kteří zažívají bolestné pocity, je nevědomě převedou do somatických obtíží, aby si ulevili od svých pocitů prázdnoty, které jsou pro ně neúnosné. U dítěte, které nemá dostatek mateřské náklonnosti a lásky tak dojde ke snížení imunity a následují četné infekce a nemoci. Myslím si, že to může být jistý způsob upozornění na sebe, snaha volat o pomoc, která ovšem nebývá vyslyšena.

9.6 Trestně-právní anamnéza

Irena nebyla nikdy soudně stíhána ani trestána. Jednou dostala pokutu za rušení veřejného klidu v hodnotě 2000,- Kč. Nemá žádné dluhy.

9.7 Pracovní anamnéza

Irena si přivydělávala od 15 let na brigádách. Od 18 let pracovala jako číšnice, ale když přestala zvládat svoji závislost, pracovat přestala. Nyní žije v domácnosti se svým synem a dostává rodičovský příspěvek. Její přítel jí přispívá na živobytí i na syna.

9.8 Drogová anamnéza

První zkušenost s alkoholem měla Irena v jedenácti letech, když se odstěhoval matčin druh. Tehdy se poprvé opila. A zjistila, že jí alkohol pomáhá zapomenout. Od té doby jí hlavně víno pomáhalo překlenout napjaté situace doma

i ve škole. Vyzkoušela i marihuanu, ale to spíše, aby v kolektivu nevypadala upjatě a dokázala, že se umí odvázat. Jednou vyzkoušela pervitin (šňupáním), ale nebylo jí po něm dobře. Alkohol pila většinou o samotě, styděla se, nechtěla být jako její matka, která se jí právě pitím alkoholu hnusila. Dokud matka žila, cítila zodpovědnost za bratra velmi silně, protože přímo viděla, jak bratrovi matka chybí. Po její smrti se ale neubránila navyšování dávek a pila skoro denně.

Sdělení klientky:

„ Nevím, co se ve mně stalo, ale jakoby ve mně matčina smrt odstartovala smrtš, která nešla zastavit. Nemohla jsem s tím nic dělat, musela jsem si udržovat hladinku, abych vydržela v práci, abych zvládla uvařit, postarat se o bráchu, vyřídít účtenky. Tehdy už jsem ale věděla, že mám problém, jenže jsem si nepřipouštěla, že by mi mohli bráchu vzít, ale stalo se“.

Irena se poprvé léčila na oddělení závislostí pět měsíců, kde jí byla diagnostikovaná závislost na alkoholu podle mezinárodní klasifikace nemocí KMN-F10. 2.

Vlastní komentář:

U Ireny spatřuji prvotně závislost traumatického typu (viz Cancrini, 1985 in Hajný, 2008), kdy v dětství u závislého dochází k traumatizaci, náhlému úmrtí v rodině a podobně. Irena byla dle mého názoru traumatizována svoji matkou, která jí ponižovala, vinila a psychicky deptala. Myslím si, že velmi traumatizující bylo i to, že Irena svou matku našla mrtvou ležet na zemi. U tohoto typu závislosti je nutné zpracovat a vyřešit právě traumata, závislost, která většinou vzniká jako následek, pak sama ustupuje do pozadí a lze ji dobře léčit.

Další typ závislosti podle Cancriniho (1985), který u Ireny nevyklučuji, je závislost neurotického typu, kdy dochází k nadměrnému napětí, obviňování a velmi častým jevem jsou nevyřešené vztahy v rodině (viz Hajný 2008).

9.9 Současný stav

S Irenou jsem se poprvé setkala, když byla v druhém měsíci těhotenství, byla vystrašená a nevěřila si. Byla to plachá mladá dívka, která neměla téměř žádnou sebedůvěru. Přesto na ní byla vidět urputná snaha se změnit, možná až moc. Po dalším měsíci docházení do AT ambulance zrelapsovala. Nejdříve byla vyděšená, ale po rozebrání celé situace s terapeutem se uklidnila. Postupem času začala mluvit o svých problémech i o zážitcích z dětství, pomalu se otevírala s důvěrou k terapeutovi. Přiznala a pochopila, že její dětství nebylo v pořádku a že ona se nemusí vinit za to, že zkazila život matce. Vztah k matce ji dodnes tíží a pořád ho není schopna přijmout. Také se vinila kvůli svému bratrovi, protože se o něj nedokázala postarat, ale doufá, že ho získá do své péče. Podruhé jsem ji viděla až tři měsíce po porodu, kdy byla o poznání klidnější a vyrovnanější. Do doléčovacího programu stále docházela a plně abstinovala, snažila se o sebe pečovat a k dítěti měla velmi silný vztah. Pořád o něm mluvila a byla až úzkostná, když nebyla s ním. Její přítel jí je dodnes velikou oporou. Po dalším měsíci, kdy jsem Irenu viděla naposledy, začala docházet na individuální psychoterapii, která byla psychodynamicky zaměřená. Od našeho prvního setkání byla k nepoznání. Stávala se z ní mladá sebevědomá žena, která abstinovala již rok. Mluvila klidně, uměla hovořit o svých problémech a dokázala přijmout zodpovědnost za své jednání.

9.10 Léčebné intervence

Již z výše zmíněného textu o terapii vyplývá, že Irena prošla první i druhou fází léčby, kdy absolvovala ústavní léčbu a byla z počátku v odporu, později prožila i fázi truchlení po ztrátě drogy, a přestože později zrelapsovala, po otěhotnění se začala léčit ambulantně a abstinovala. Naučila se předcházet situacím, které u ní vyvolaly únik k alkoholu, i vnitřním pohnutkám, které ji vedly k tomu, že se vždy napila. Docházela na skupinovou terapii, kde poznala lidi, kteří

trpěli stejnými problémy jako ona. Okrajově otevřela svoje téma, které ji traumatizovalo a to vztah s matkou a její smrt. Zažila si i přenos, kdy měla averzi vůči jedné terapeutce v doléčovacím programu. Nemohla přijít na to, proč, až s pomocí terapeuta došla k závěru, že do terapeutky promítala svoji matku, vyjadřovala svůj vztek a averzi vůči všemu, co řekla nebo udělala. V doléčovacím centru jí doporučili, aby zkusila psychodynamicky orientovanou individuální psychoterapii, na níž při našem posledním setkání docházela několik týdnů.

Myslím si, že Irena je připravena a splňuje všechny podmínky, které umožňují klientovi dostat se do třetí fáze léčebné terapie, která již může být směřována více psychodynamicky. V této fázi by mohla najít kořeny a příčiny její závislosti na alkoholu, otevřít znovu vnitřní konflikt ve vztahu s matkou, který by měl terapeut symbolizovat a pomoci Ireně ho znovu prožít, přijmout jej a vyrovnat se s ním. Na místě je i smíření se s opuštěním otce a vyřešení jejich vztahu ať už s jeho pomocí nebo bez ní. Pro Irenu by to mohlo mít velký přínos v objevování a upevňování její vlastní identity a také v budoucím vnímání mužů jako takových. Také by mělo dojít k odhalení příčin, které vedly Irenu k opíjení se, což pomůže Ireně vnímat změny v prožívání i v pohledu na již známé reálné situace. Myslím si, že nejdůležitější pro Irenu bude získání náhledu na svoji závislost i psychoterapii.

Pro Irenu je tato forma léčby vhodná také zejména proto, aby změnila své vzorce prožívání i chování a aby neudělala stejnou chybu vůči svému dítěti, jako její matka. Ač má svého syna ráda a je pečlivá, měla by si dávat pozor na to, aby nebyla extrémní opak svojí matky, a to úzkostná, přepečlivá máma, která svému dítěti neumožní zdravý vývoj vlastní identity a nedojde ke zdravé individuaci. To je z mého pohledu velmi podstatné téma, které ale Irena vzhledem k jejímu dosavadnímu přístupu k synovi určitě nezanedbá.

V neposlední řadě bych viděla ulehčení v Irenčině terapii, kdyby zkusila opět navázat kontakt s tetou Věrou, ke které měla odjakživa blízko a se kterou se kvůli nedorozumění přestala vídat.

10 Diskuse a rozbor kazuistické části

V teoretické části bylo popsáno egopsychologické období, protože právě v něm vzniklo nejvíce využitelných teorií, které jsou uznávané dodnes. Přehled teorií různých psychoanalytiků vypovídá o tom, že závislost může mít mnoho příčin a nikdy se nejedná jen o jeden faktor, který by vznik závislostního chování předurčil. Faktem také je, že většina příčin je nevědomých nebo je vytěsněna již v brzkém dětství. Proto je dle mého názoru velmi přínosný právě pohled psychoanalýzy na tuto problematiku, protože bez jasného vysvětlení příčiny a původu závislostního chování se bude neustále opakovat, i když bude mít klient za sebou léčbu, kde se přeučí zakódované vzorce chování v souvislosti s užíváním. Je samozřejmé, že i psychoanalytická psychoterapie má své kritiky a nevýhody v léčbě závislostí a z tohoto důvodu je také často opomíjena. Je zřejmé, že pokud by klient měl podstoupit psychoanalytickou psychoterapii, musel by být již ve stabilizovaném psychickém rozpoložení a v plné abstinenci, což je možné až po určitém čase od posledního užití. Je obecně známo, že psychoanalytici nejsou příliš direktivní a nebazírují na pravidlech chování a rozhodně nejsou přirozeně kontrolující své klienty. Je samozřejmé, že v prvních fázích léčby je nutno právě předešle zmíněné aktivity, jako je například povinnost terapeuta kontrolovat a vyžadovat dodržení určitých zásad, z důvodu nastolení určitých hranic. Avšak, po první fázi léčby, kdy je klient vnitřně motivován k abstinenci i léčbě, by mohla mít psychoanalytická psychoterapie velmi dobrý vliv na vnímání a prožívání klientova života, a tudíž i na jeho zkvalitnění.

V kazuistické části byl popsán případ klientky, která se narodila a vyrůstala v neúplné rodině, její matka byla alkoholička a Irenčino rané i pozdější dětství mělo mnoho odchylek od zdravého vývoje (viz Erickson, 1999).

- 1) Základní důvěra /nedůvěra, věk do 1 roku:** Již po narození, kdy zdravé dítě začíná vnímat objekt matky ve své blízkosti a nachází důvěru, pocit, který ho ubezpečuje, že i když matka na chvíli zmizí, netrpí úzkostnými pocity, že ji ztratilo. Taková vzájemná důvěra se buduje právě v prvních chvílích života

mateřskou péčí a kvalitou vztahu matky vůči dítěti. U dítěte to je pak základ pro vytvoření zdravé identity. Irena byla po porodu odložená do kojeneckého ústavu, a tudíž nemohlo dojít vůbec k utváření důvěry, natož jejímu vývoji. Toto stádium bylo, podle mého názoru, počátkem Irenina patologického vývoje.

2) Autonomie proti studu a pochybám, věk 2-3 roky: Ve dvou až třech letech by dítě mělo mít možnost vlastní autonomie s jistotou, že není ohrožena jeho víra v existenci a může se v klidu učit přivlastňovat, požadovat i vylučovat. Pokud nedojde k vlastní autonomii, může se dítě samo přeprogramovat a začít manipulovat a předčasně si vytvořit svědomí. Pocit studu člověk obecně zažívá, když se na něj svět dívá a on na to není připraven, a protože světu nejde zavřít oči, člověk se snaží být neviděn. Stejně tak i dítě se při pocitu studu snaží být neviditelné a při nadměrnému vystavení hanbě ze strany rodičů se v něm vyvine spíše vzdor a odsouzení obviňujících. Dítě při překročení jisté hranice únosnosti jednoduše přestane věřit svým obviňovatelům a začne vzdorovat. Při pocitu ztráty sebekontroly a nadměrné cizí kontroly, dochází často v budoucím životě k tomu, že se člověk stydí, cítí se být zahanben, pochybuje o sobě a neumí se prosadit. Toto je i případ Ireny, kterou matka od malička vinila ze svých chyb. Irena se zpočátku snažila zavděčit, polepšit, ale pak přestala věřit v matčinu neomylnost a vzdor dávala silně najevo. Irena má dodnes problém s pocity studu a pochybováním o sobě samé.

3) Iniciativa proti vině, věk 3-6 let: Dítě začne růst nejen tělesně, ale i osobnostně. Začíná projevovat aktivitu, má energii, je více samo sebou, uvolněnější a bystřejší. K autonomii se tak přidává kvalita plánování a zdokonalování. Projevuje se zde i soupeření v tom, stát se oblíbencem svojí matky a při nezdaření tohoto cíle dochází k sebeobviňování a úzkosti. Dítě si také vytváří jistou rodičovskou mysl. Stále trvajícím dětským nadjád může být však velmi tvrdé, sebedestruktivní a sebeomezující, kdy je dítě nadmíru poslušné.

Často vznikne nenávisť vůči rodiči, který nepřímou vyžadoval tuto poslušnost a zároveň žil v souladu se zakázaným chováním. V tomto období se také dítě identifikuje s rodičem stejného pohlaví. Je také nejvhodnější pro práci s dítětem, jeho vývoj, zdokonalování jeho dovedností a porozumění.

Irena neměla šanci prožít toto stádium z té části uvolnění, zdokonalování dovedností. Ale co se týká jejího dětského nadjád, bylo dostatečně destruktivní a Irena se snažila být poslušná, aby se od maminky dočkala pohlazení a jakéhosi projevení citu. Bohužel také došlo k tomu, že postupem času, když viděla matku, jak žije, jak se chová a přitom Irenu obviňuje a vyžaduje u ní dodržování nadměrně náročných rolí, začala se v Ireně podle mého názoru již v brzkém věku vytvářet nenávisť vůči matce, kterou si sama Irena uvědomila až během dospívání. Nevědomě mohlo dojít i k identifikaci s matkou jako vzorem a pokud by se Irena neléčila ze závislosti a nedocházela na psychoterapii, mohlo by to mít pro její dítě nedozírné následky, ve smyslu opakování přejatých vzorců výchovy a mateřské náklonnosti.

- 4) Snaživost proti méněcennosti, věk 7-12:** Dítě se dostává do školního věku, dětské hry nahrazuje práce ve škole, vlastní iniciativa, učení se pracovat s nástroji a podobně. Dítě je vystaveno tlaku okolí jeho vrstevníků ve smyslu přijetí či nepřijetí. Mohou se vyskytnout pocity méněcennosti. Toto stádium je sice i dle Freuda pudově klidné (pudy se připravují vynořit se v pubertě), avšak co se týká sociální roviny, je velmi důležité. Irena prožívala ve škole velmi hluboké pocity méněcennosti. Děti se jí posmívaly a Irena to těžce nesla. Její pocity jí v podstatě potvrzovala i vlastní matka, a kdyby záleželo jen na její matce, tak by rozhodně Irena zaostávala ve zdokonalování svých dovedností, a tuto fázi vývoje by prožila v podstatě rozvojem netknutá. Avšak teta Věra pro Irenu byla jakási náhrada, a tudíž zmírnila dopady možných následků, které by mohly nastat vzhledem k tomu, že se matka o Irenu příliš nezajímala a nestarala.

5) Identita proti konfúzi rolí, věk 12-18: Toto je v podstatě období, kdy dětství jako takové končí a nastupuje mládí. Dětská jistota v různých souvislostech a totožnostech se opět stává nestabilní, a mladý člověk, který se mění fyzicky i psychicky, je zmatený a obává se úkolů a rolí dospělých, a zároveň u něj dochází k střetu vnímání sebe sama a jak jej vnímají ostatní. Snaží se hledat novou totožnost. Vnitřní souvislosti i totožnosti, které byly v dětství nastoleny, se nyní začínají srovnávat s totožnostmi a souvislostmi vlastního významu pro druhé, což je přesvědčením vlastní identity já. Mladí lidé se ztotožňují s ideály davů a skupin a v podstatě načas ztrácejí svou vlastní identitu. Jistá konfúze identity v tomto stádiu vývoje často způsobuje nevraživost adolescentů vůči odlišným znakům jedinců od skupiny. Jako by hledali něco nebo někoho, kdo jim pomůže určit morálku a pravidla, vyžívají se v programech, vyznáních, rituálech, podle kterých určují věci jako dobré a špatné. Co se týká Ireny, tak neprožívala zrovna klasické adolescentní období. Od svých 11 let se v podstatě starala o svého mladšího bratra a neměla moc šancí hledat svoji identitu. V kolektivu vrstevníků nebyla oblíbená, právě kvůli odlišnostem, jak vnějším, tak dle mého názoru, i vnitřním. Irena ve věku, kdy ostatní řešili věci související s dospíváním, měla zcela odlišné starosti, a tudíž mohla působit zamlkle, nezúčastněně, podivně. Myslím si, že v té době byla vyzrálejší, v porovnání s ostatními dospívajícími jejího věku, avšak když se zamyslím, přijde mi, jako kdyby přeskočila právě toto důležité mezidobí, kdy mladý člověk nachází své pravé já a svoji identitu. U Ireny se bohužel toto neodehrálo. S pomocí psychoterapie je možné se tomuto období věnovat a nejistou identitu stabilizovat.

6) Intimnost proti izolaci, věk 20-30: Toto období vývoje je velmi náročné. Poprvé se vyvíjí pravá pohlavnost. Sexuální prožitek je vlna orgasmu, při níž prožíváme vrcholný zážitek vzájemného přizpůsobení dvou lidí, který částečně tlumí ostří konfliktů přirozeně vznikajících mezi mužem a ženou. Osobnost mladých lidí vzniká ze snahy o vlastní totožnost a ve snaze nechat splynout tuto identitu s identitou ostatních. Mladý člověk je v této fázi již schopen prožít intimnost, to znamená prožít citový vztah a vytrvat v něm, i

když je vyžadováno jistých kompromisů a obětí. Pokud se člověk takovým zkušenostem vyhýbá z důvodů obav o vlastní já, dochází u něj k izolaci a ponoření se do svého nitra. Irena měla pocit nejistoty již od útlého dětství. Během svého života si kromě Věry nenašla člověka, kterému by plně důvěřovala. Možná i proto byla uzavřená a spíše se stranila kolektivu. A protože měla strach ze ztráty vlastního já, navazovala s opačným pohlavím jen povrchní vztahy. Intimita jí byla cizí, ale sexuální vztahy navazovala velmi často. Vzhledem k jejím životním zkušenostem a nedostatečné sebelásce, neměla vůbec předpoklad k utvoření zdravého partnerského vztahu, avšak paradoxně právě kvůli pocitu méněcennosti a toho, že je nemilovaná, o to víc toužila po něčí blízkosti a lásce. Myslím si, že neschopnost intimity v souvislosti s promiskuitním chováním se projevuje v důsledku jakési prázdnoty, která je způsobena nedostatkem lásky v dětství, a chybění jakési vnitřní sebedůvěry a sebeúcty, která člověku umožňuje vážit si druhého člověka respektovat ho a plně mu věřit. Irena nebyla v tomto smyslu vůbec vyzrálá a rozhodně nebyla připravena na jakýkoliv partnerský vztah s mužem.

7) Generativita proti stagnaci, věk 30-50: Z člověka se postupem vývoje stává vychovávající a vyučující. Nejen generace mladých je závislá na té starší, ale i stará generace je závislá na potomstvu. V tomto období dochází ke změně v psychosociální i psychosexuální rovině a hlavním zájmem člověka je touha plodit. Při popření tohoto smyslu z jakéhokoliv důvodu dojde k pocitu ochuzení a stagnaci. Irena sice nevyzrála do fáze touhy po dítěti, ale v těhotenství možná dospěla více než kdy před tím. Ač sdílím názor s mnoha odborníky, že pořídit si dítě jako řešení vlastních pocitů úzkosti, deprese, méněcennosti či partnerských problémů je holý nesmysl, věřím, že všem ženám bez výjimky změní pohled na svět a donutí přehodnotit priority (samozřejmě neberu v potaz psychicky nemocné matky nebo těžce závislé narkomanky, kde už ani narození dítěte nepřehluší příznaky nemoci či carving). Irena se najednou z role dítěte ocitla v roli rodiče, přestože byla mladá a v podstatě spadala do předchozího stádia. A protože si byla vědoma následků, kterých se na ní dopustila její matka, rozhodla se udělat vše proto,

aby měla se svým synem zdravý vztah. I z důvodu, že byla Irena schopná řešit svůj problém a v době těhotenství abstinovat bez větších obtíží usuzuji, že závislost nebyl u Ireny primární problém, ale spíše následek traumat, která zažila. Velmi důležité ovšem je a bude, aby Irena neviděla jako jediný smysl v tom, být dobrou matkou za každou cenu, měla by spíše pochopit, že musí nejdříve být pro sebe důležitou osobou, mít se ráda a pak být dobrou matkou nebude zdaleka tak vysilující a náročné. Toto stádium je rozsáhlé a zahrnuje období, které Irena ještě neprožívá, proto jsou mé postřehy spíše jen forma spekulace.

8) Integrita já proti zoufalství, stáří: Člověk v tomto stádiu již prošel předchozími sedmi a nachází se v období, kdy zažívá důvěru já, celistvost a postnarcistickou lásku lidského já. Je to dospění k závěru, že vše co se stalo, mělo svůj význam a nemohlo to být jinak. Vzniká tak nová láska k rodičům. Člověk, který má vlastní integritu je schopen ubránit své hodnoty. V případě, že nedojde k vytvoření integrity vlastního já, přichází strach ze smrti, člověk prožívá zoufalství, že už zbývá jen krátký čas na to, zjistit jaké by to bylo žít úplně jinak a začít znovu od začátku. V tomto případě mohou pouze předpokládat, že Irena bude mít velký problém nalézt novou lásku k rodičům a ke kořenům jejího života. Bylo by dobré, kdyby se jí v psychoterapii podařilo smířit se s rodinnými vztahy a možná nalézt vztah k otci. Pro její integritu vlastního já by to mohlo být velmi zásadní. Avšak je otázkou, co jí ještě život přinese a jak její osobnost zformují další zkušenosti. Toto stádium je tedy v tomto případě také spíše spekulativní.

Všechna stádia mají svůj význam a existují mnohem dříve, než dojde k jejich kritické době prožívání. Je také nutné brát v potaz, že vývojová stádia mají časový sled dle závislosti jednoho na druhém.

Irenin příběh vykresluje velmi příznivé podmínky pro vznik a udržování závislostního chování. Zažila několik velmi závažných traumat, se kterými se dle mého názoru bude srovnávat po celý svůj život. Při přiblížení časové osy je krátce

po porodu Irena opuštěna matkou, což má z mého pohledu fatální následky. První týdny po narození jsou nejdůležitějším obdobím pro vztah dítěte a matky, utváří se silné pouto a dítě cítí bezpečí a důvěru. V odborné terminologii se tento proces nazývá attachment neboli přimknutí. V tomto případě se pouto nevytvořilo a myslím si, že i tento fakt přispěl k budoucím neshodám a necitlivosti matky vůči Ireně. Dítě ovšem není ještě vybaveno tak, aby toto chápalo. Projevuje se to u něj například úzkostí, plačtivostí, sníženou imunitou a častými infekcemi. Irena byla jako malé dítě velmi často nemocná. Podle Nerada a Neradové (1996) se právě v tomto období u pozdějších alkoholiků vytvoří bazální konflikt, právě v souvislosti s nenavázáním zdravého pozitivního vztahu s rodiči, čehož je Irena klasickým důkazem.

Další ranou bylo pro Irenu (5 let) jako dítě smrt její babičky, která jí do jisté míry v prvních letech života nahrazovala mateřské city, ale kvůli neshodám s dcerou se stýkaly jen občas. Odchod milované osoby mohl v Ireně zakořenit pocit opuštění a vyvolat ještě větší touhu po přijetí a lásce ze strany matky, která jí však, možná z části i nevědomě, odmítala. Je dokázáno, že týrané dítě paradoxně mnohem více lpí na svých rodičích, než dítě milované, ale má to své opodstatnění. Čím více je dítěti odpírána láska, tím více o ni usiluje. Irena se často vinila za to, že je maminka nešťastná kvůli ní, proto vůbec nezlobila, byla poslušná a snaha zavděčit se okolí jí zůstala v podstatě dodnes. Lidé s takto slabým egem a nejistou identitou velmi často trpí právě závislostí na alkoholu. Jsou schopni přijímat trýzeň a újmu jako jakousi formu sebetrestání a možná i masochismu.

Velmi zásadním momentem bych hodnotila narození Irenina mladšího bratra a odchod otčíma, když bylo Ireně 11 let. Pro Irenu to znamenalo ztrátu veškeré naděje, že se všechno spraví a budou žít jako spokojená rodina. Významný dopad to mělo v její drogové anamnéze, protože se poprvé opila. Myslím si, že zde se projevilo právě přejímání vzorců chování od rodičů, v tomto případě od matky a ztotožnění s ní. Irena měla denně na očích matčiny opakované úniky před problémy v opijení se, a přestože se jí toto chování nezamlouvalo, podvědomě to byl naučený vzorec: něco se děje, není mi dobře, ulevím si, napiju se. Nyní se musela starat nejen o sebe, ale v podstatě i o bratra, od jeho roku, roku a půl. Převzala do jisté míry mateřské povinnosti a přišla tak o

velmi cennou část svého vývoje. Na druhou stranu získala pocit důležitosti díky své roli ochránce mladšího sourozence a také v Jiřím objevila spojení, který pro ni byl velmi důležitý. Od tohoto momentu si Irena začala dopřávat alkohol, což když opomenou psychické následky, mohlo závažně ohrozit její zdraví. V adolescenci se také začala stýkat s chlapci a často se doma opíjela. Alkohol nahradil její strukturální nedostatek a pudový objekt (Mentzos, 2000).

Další zlomový moment zažila Irena ve svých 20 letech, kdy našla mrtvou matku ležet na podlaze. Myslím si, že tato tragédie je nesmazatelná u jakéhokoliv zdravého, silného jedince, obzvláště pak u přecitlivělé, strádající, závislé dívky. Od tohoto okamžiku, jakoby Irena ztratila smysl pro zodpovědnost, najednou neměla nikoho, před kým by chránila bratra, nikoho, komu by chtěla dokázat, že je lepší, a nikoho, komu by mohla vyčítat životní zkušenosti a zklamání a řešit ho jako příčinu všeho špatného. Byla sama před sebou, taková jaká je a neunesla pocity, které jí toto zjištění vyvolalo. Hluboce se nenáviděla a styděla za to, jak žije, jakoby viděla obraz své matky, která jí za svého života kryla výhled do tohoto zrcadla poznání sebe samé. Zde se velmi silně projevila narcistická krize, kdy člověk neplní nároky, které na sebe klade a podle Mikoty (2009) se tato krize dá považovat za jednu z podmínek vzniku závislosti.

Poslední kapkou k jejímu pádu na dno bylo odebrání mladšího bratra, který byl převezen do dětského domova. Ireně bylo 21 let a život pro ni už neměl smysl. Všechny pocity, sebenávisť, méněcennost, sebelítost, vztek, zoufalství najednou nabyly nepředstavitelných rozměrů. Převládal však jeden jediný pocit, a to pocit viny. Alkohol pro ni byl útěchou a jediným společníkem, se kterým se alespoň na chvíli cítila v klidu a uvolněná, ač sama věděla, že za tento krátký blahý pocit bude muset zaplatit krutou daň, nedokázala se ho vzdát. Zažila i stav blízký smrti, kdy ležela doma na zemi a byla přiotrávená alkoholem, nevím, jestli byla závislá na sebedestruktivních procesech a na stavu blízkém smrti, ale do jisté míry cítila uvolnění při tomto sebedestruktivním opíjení (viz Joseph, 2000). Ve zbědovaném stavu nastoupila první léčbu, kde možná nepochopila smysl nebo cíle, ale rozhodně jí tato zkušenost nasměrovala k zamyšlení, pozastavení se sama nad sebou. Sice zrelapsovala a půl roku žila nezřízeným životem, už však věděla, že takhle to není v pořádku, a že chce změnu.

Jeden z posledních alarmujících momentů, které jí pomohly si uvědomit, co vlastně chce, bylo její těhotenství. Možná se její životní cyklus plný zklamání a prázdnoty uzavřel a Ireně došlo mnoho věcí. Během tohoto období začala docházet ambulantně na skupinovou terapii. Bylo velmi důležité alespoň začít chápat své pocity, emoce, a připravit se na to, přijmout svého syna, umožnit mu vytvoření attachmentu a v první fázi vývoje u něj vzbudit pocit důvěry, což se Ireně, myslím si prozatím daří.

Myslím si a v kazuistice se potvrdil fakt, že nejen závislý má problém, ale zrovna tak jeho rodina, podle které nevědomě převzal vzorce chování při řešení problémů. Je velmi zásadní najít způsob jak se vyrovnat se svým dětstvím, se svými rodiči a blízkými.

Irena se nyní nachází v poslední fázi léčby, která bývá nejdelší a dost možná několikaletá. Dochází na individuální psychoanalytickou psychoterapii, kde prozatím prožívá znovu svá nedořešená témata a svěřila se mi, že bývá často velmi smutná bez zjevných příčin. Toto je přirozená součást terapie, kdy se vnitřní struktura očišťuje od všech „odpadů“ minulosti. Irena má dle mého pohledu velmi dobrý odrazový bod ke svému budoucímu rodinnému životu.

11 Závěr

Cílem práce bylo poukázat na přínosy psychoanalytických směrů v oblasti léčby závislostí a určit, do jaké míry je podíl těchto směrů žádoucí. Teoretická část zahrnuje přehledy psychoanalytických teorií vzniku závislostí a určité charakteristické rysy závislých osob. Dále zmiňuje kritiku psychoanalytických směrů a určité postupy v léčbě závislostního chování. Z teoretické části vyplývá již zmíněný fakt, že i v psychoanalytickém pojetí nelze určit jediný faktor, který člověka předurčuje ke vzniku závislostního chování, a že vždy záleží na podmínkách a okolí, v jakém dítě vyrůstá. Je zjevné, že mnoho příčin závislosti vzniká na nevědomé bázi nebo je velmi často vytěsňováno (viz diskuse). Právě z toho důvodu vidím velkou šanci v psychoanalytické léčbě, která odpoví na nezjištěné vnitřní procesy a pohnutky, které vedou k bažení a užívání alkoholu a dalších návykových látek. Závislý člověk se tak může dopátrat traumat nebo vnitřních konfliktů, o kterých neměl tušení a která mu způsobovala pocity a emoce, které ho nutily unikat například k alkoholu. V dnešní době se začínají léčby závislostí různě kombinovat a bylo by velmi přínosné začlenit z větší části i psychodynamické směry. Samozřejmě je nutné odhadnout vhodnost jak časově tak individuálně, protože pro úspěch a uplatnění psychoanalytických postupů je nutné mít jistou dávku trpělivosti, inteligence a vnímavosti. Abstinence je základní předpoklad pro začátek takového terapeutického postupu. Z mé práce tedy vyplývá, že pro přispění psychoanalytickými směry v terapii závislostí, musí být nastoleny velmi přísné podmínky a kritéria.

V praktické části jsou na kazuistice mladé alkoholičky ukázána fakta, která potvrzují několik teorií, popsaných v teoretické části práce. Kazuistika je proložena přímou řečí klientky a mými komentáři. Kromě analýz jsem se zde snažila popsat různé pohledy na vznik a pokračování závislostního chování u Ireny, a popsala jsem kodependentní chování a jeho příčiny. V kazuistice se také ukázalo jako velmi vhodné pro klientku nastoupit po doléčovacím programu na individuální psychoanalytickou psychoterapii. Myslím si, že za určitými vzorci chování i prožívání se skrývá hlubší problém, který může být stěžejní právě v léčbě nebo už jen v motivaci k léčbě závislosti. Je zjevné, že terapie pomocí psychoanalytických

směrů se musí dobře načasovat a většinou je vhodná až v druhé, respektive třetí fázi léčby závislosti. Jako nejvíce zásadní vidím význam těchto směrů v pokračovací a udržovací psychoterapii, protože jedině tak závislí získají náhled nad svou závislostí, pochopí důvody, proč se upínali k drogám či alkoholu a v neposlední řadě jim dojdou určité souvislosti, které jim při klasických nepřilíš hlubinných terapiích mohou snadno uniknout. Z mé práce také vyplynulo, že velký vliv na jedince má rodina závislých a to nejen při vzniku závislosti, ale zároveň v udržování bývá leckdy závislý člověk nevědomě podporován právě svými nejbližšími.

V závěru bych ještě chtěla dodat, že problematika, o které se v práci pojednává, by měla být nejen ve větší míře včleněna do terapie závislosti, ale i více publikována vzhledem k přínosu, jaký by mohla ve výsledku mít.

Seznam použité literatury

1. Erikson, E. H., (1999). Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
2. Giugliano, J. R., (2003). A Psychoanalytic Overview of Excessive Sexual Behavior and Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10 (4), s. 275-290 doi:10.1080/10720160390268979 www: [<http://www.informaworld.com>], 4. 3. 2010
3. Hajný, M., (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: Kalina, K., (2008). Základy klinické adiktologie. Kapitola 3. Praha: Grada Publishing.
4. Hajný, M., (2003). Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina, K. a kol., (2003). Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup. Kapitola 2/9. Praha: Úřad Vlády České republiky.
5. Jeřábek, P., (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K., (2008). Základy klinické adiktologie. 4. kapitola. Praha: Grada Publishing.
6. Joseph, B., (2000). Závislost na stavu blízkém smrti. *Revue psychoanalytické psychoterapie*, 2 (2), s. 25-32. Praha: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii.
7. Kalina, K., (2008). Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing.
8. Kalina, K. a kol., (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
9. Keller, D., S., (1999). Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: Příspěvek psychoanalýzy k léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers, F. a kol., (1999). Léčba drogových závislostí. 4. kapitola, Praha: Grada Publishing.

10. Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. (ed.). Terapeutická komunita pro drogově závislé 1. - Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje / o.p.s. Magdaléna
11. Krupka, K., (2003). O závislosti, *Prevence sociálně patologických jevů 2003*, (5, 6) s. 16. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s.
12. Kudrle, S., (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: Kalina, K. a kol., (2003). Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup. Kapitola 2/3. Praha: Úřad vlády České republiky.
13. Leeds, J., Morgenstern, J., (1999). Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek. In: Rotgers, F. a kol., (1999). Léčba drogových závislostí, 3. kapitola. Praha: Grada Publishing.
14. McCrady, B. S., Epstein, E., (1999). Teoretické základy terapií závislosti orientovaných na rodinu. In: Rotgers, F. a kol., (1999). Léčba drogových závislostí. 4. kapitola, Praha: Grada Publishing.
15. Mentzos, S., (2004). Dynamika duševní nemoci. Praha: Portál, 2005.
16. Mentzos, S., (2000). Rozumíte sami sobě? Praha: Nakladatelství lidové noviny.
17. Mikota, V., (2009). Podíl intrapsychické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch. *Adiktologie, supplementum 9 (1)*, s. 52-59. Praha: Sdružení SCAN.
18. Mikota, V., (1995). O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
19. Minařík, J., (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K., (2008). Základy klinické adiktologie. Přílohy, s. 339. Praha: Grada Publishing.

20. Nerad, J. M., Neradová, L., (1996)- Analytická psychologie, závislost a vývoj ega: od primární matrix k apoteóze. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 31 (3/4), s. 141-151. Bratislava: Vydavatelství Obzor.
21. Shura, R., (2009). Thinking about drug use. *Behavior Analysis Digest International*, 21 (1), s. 3, Marshall University. www: [<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz>], 4. 3. 2010
22. Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R., (1998). Prevence relapsu pro závislá chování – Manuál terapeuta. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrické kliniky, 1. Lékařské fakulty a VFN, UK v Praze a Sdružení SCAN.
23. Waska, R., (2006). Addictions and the Quest to Control the Object. *The American Journal of Psychoanalysis*, 66 (1), doi: 10.1007/s11231-005-9002-2 www: [<http://www.springerlink.com>], 4. 3. 2010

Příloha 1

Alkohol

Alkohol vzniká kvašením cukrů. Je velmi často zneužíván, aplikuje se ústy. Jeho účinky souvisí s velikostí dávky, s tělesnou konstitucí požívajícího. Prostupuje tzv. hematoencefalickou bariérou, která filtruje většinu léků, a tudíž se dostává rychle do mozku. Prochází též placentou, což může mít fatální následky.

Podle Jellinekovi teorie z roku 1940 se rozlišuje 5 druhů alkoholové závislosti:

- 1) Alfa typ – způsob sebemedikace, tzv. problémové pití, slouží k potlačení napětí, deprese, úzkosti, velmi často se odehrává o samotě
- 2) Beta typ – příležitostné užití, pití probíhá častěji ve společnosti, bývá zde somatické poškození
- 3) Gama typ – tzv. „anglosaský“ typ, který upřednostňuje pivo a destiláty, vzniká postupný nárůst tolerance k alkoholu, často dochází k somatickým i psychickým poškozením
- 4) Delta typ – tzv. „románský“ typ, s upřednostňováním vína, častá je chronická denní konzumace alkoholu, tzv. „denní hladinka“, na první pohled bez zjevných projevů opilosti, často se závažným fyzickým poškozením
- 5) Epsilon typ – tzv. epizodické užívání, „kvartální“ alkoholismus, prokládané obdobími úplné abstinence, někdy provází afektivní poruchy (Minařík, 2008).

Vlastní komentář:

U Ireny bych určila typ závislosti jako Alfa v počáteční fázi jejího užívání a Delta po smrti její matky, kdy si dle svých slov musela udržovat stálou hladinu alkoholu v krvi. Pro Irenu měl odjakživa alkohol velký význam. Jako dítě viděla, jak ničí její matku, kterou za to nenáviděla. Pomohl jí, když zažívala všechny tíživé situace, když od rodiny odešel otčím, když zemřela její matka. A nakonec ji zničil, stejně jako její vlastní matku. Vždycky to pro ni byl způsob úniku, protože neměla kde jinde ventilovat vnitřní vztek, bezmoc, beznaděj a hlavně to neuměla, protože všechny pocity a emoce většinou dusila v sobě. Jen v době puberty měla často vztek, který dávala najevo agresí, ale pak se cítila vinna a útěchu našla opět v alkoholu.

U závislých na sedativech, alkoholu a hypnoticích se vytváří po narození bazální konflikt. Bohužel nedojde k vytvoření pozitivního vztahu mezi dítětem a rodiči. V případě Ireny byla její matka pasivní a odložila Irenu ihned po narození, otec byl nepřítomný. Lidé závislí na alkoholu, což je Irenin případ, se vyznačují slabým egem. Často prožívají úzkosti a jejich identita je nejistá. Jakoby zažívali existencionální pocit viny, ale ve skutečnosti jej prožívat nemohou, protože nejsou vůbec schopni sebereflexe. Žijí v napjatosti, sebenenávisti a trpí pocity méněcennosti. Jejich ego se neumí vypořádat s negativními signály a veškeré situace a činnosti předem vzdávají (viz Nerad, Neradová, 1996).