

## Asimilační dynamická psychoterapie závislosti – ADAPT (volný překlad)

**William H. Gottdiener** – *John Jay College of Criminal Justice of the City University of New York ad St. Luke's Roosevelt Medical Center.*

*Tento článek pojednává o metodě ADAPT – asimilační imperativní psychodynamická psychoterapie pro léčbu osob se závislostními poruchami. Zaměření článku spočívá v léčbě osob s diagnózou látkové závislosti. Přístup ADAPT používá psychodynamický model látkově-závislostní patologie, přičemž obhájí technicky flexibilní a integrativní psychotherapeutickou zkušenost. Článek obsahuje klinický příklad léčebného modelu.*

Poruchy látkové závislosti představují významný problém v oblasti veřejného zdraví na celém světě. Provázejí jej vysoké náklady v oblasti zdraví uživatelů drog (dále UD), rodin, přátel, širší společnosti. Rozpadají se rodiny, narůstají vážné zdravotní problémy, kriminalita, právní a léčebné výdaje. V USA se náklady spojené s tímto problémem odhadují na několik set miliard dolarů ročně.

Pochopení závislosti a její léčby lze nahlížet z různých perspektiv. Psychodynamický model léčby drogové závislosti předpokládá, že UD začínají brát proto, aby lépe zvládali přetrvávající a přemáhající bolestné emoce. Zohlednění principu samoléčby se objevuje v přístupu ADAPT coby jeho jádrový aspekt, přičemž psychodynamické principy a terapeutické techniky jsou součástí tohoto jádra. Zároveň přístup integruje i ostatní léčebné směry, vycházející z odlišných psychotherapeutických modelů.

### Obsah článku

Smyslem tohoto článku je otevřít diskusi nad modelem ADAPT jako přístupem léčby pro osoby s látkovou závislostí.

Pro popis modelu ADAPT budou v článku popsány:

- 1) Hypotéza samoléčby
- 2) Závěry výzkumů účinnosti psychodynamické léčby pro UD s použitím ADAPT modelu (ač tento model sám o sobě se ještě předmětem výzkumu nestal)
- 3) Popis základních principů modelu ADAPT pro uživatele drog
- 4) Ukázka praktické klinické práce s klientem, ilustrující metodu ADAPT v terapii závislosti
- 5) Diskuse nad budoucností směru ADAPT

### 1. Teoretický model – hypotéza samoléčby

Samoléčebná hypotéza předpokládá, že lidé, zneužívají drogy z důvodu nízké tolerance vůči dysforickým náladám, coby obranný mechanismus.

Prvotním účelem obranných mechanismů je pomoc se zvládnutím dysforických nálad a pocitů. Psychoaktivní látky pomáhají mírnit či tlumit dysforie – jde o dočasné, krátkodobé zesílení účinnosti obranných mechanismů uživatele drog, po dobu účinku drogy. Výzkumy dokazují, že UD mají méně efektivní obranné mechanismy, než osoby drogy neužívající. Drogová závislost je nejlépe konceptualizovaná jako adaptační odpověď vůči dysforii. Samoléčebná hypotéza tvrdí, že specifické

skupiny drog (např. opiáty, stimulancia, sedativa) zabírají vůči zvládnání specifických typů dysforie, se kterými má konkrétní jedinec zkušenost (např. opiáty – hněv, vztek). Obranné mechanismy však dosahují svého cíle – redukce dysforie skrze kognitivní proces sebeklamu, což ústí v snížené sebeuvědomování. Zesílení sebeklamných tendencí pak vede k redukcí citu pro osobní autonomii, což je důležitý cit pro rozhodování a jednání.

Výzkumy zacílené na zneužívání alkoholu zjistily, že člověk redukuje své úzkostné stavy odpoutáním pozornosti od úzkosti na jinou aktivitu (např. akt pití), přičemž sama alkoholová intoxikace způsobí, že pozornost se odvrátí od úzkosti snadněji, než bez alkoholu. Kombinovaná strategie redukce úzkosti pomocí alkoholu a jiné aktivity vede intoxikovanou osobu k rozvoji krátkozrakého, šalebného pohledu na sebe sama. Dotyčný je obzvláště náchylný reagovat na vnější narážky – což pomáhá k vysvětlení toho, proč se opilí lidé častěji pustí do rvačky. Uživatelé používají obranné mechanismy jako popření a racionalizace k tomu, aby pokračovali v braní. Uživatel, který tvrdí, že jeho pití nepředstavuje takový problém jako pití jeho kamaráda racionalizuje, protože zkouší přesvědčit sebe sama k víře, že má přinejlepším jen malý, bezvýznamný problém.

Obrany jako racionalizace přispívají k rozvoji konceptu falešného přesvědčení uživatele. Jejich kognitivně behaviorální terapii pomáhají udržovat jejich závislostní symptomy. Uživatelé používají popření jako obranu, protože, zdá se, mají nižší práh tolerance dysforie než osoby bez závislosti. Hypotéza samoléčby hovoří o jasném vztahu – pozitivní korelaci – mezi okamžitou zkušeností s dysforickým stavem a dalším rozhodnutím užít drogu.

Ačkoli všichni lidé, včetně UD, mají určitou schopnost tolerance vůči dysforii, u uživatelů je tato schopnost podstatně slabší. UD odpovídají na nesnesitelné dysforické nápady tím, že dělají impulsivní rozhodnutí, která jsou pokusy obstatat si okamžité uspokojení.

Impulsivita je pozorovatelná např. na pokusu rozhodování – volby mezi okamžitým a odloženým uspokojením. Podstatou pokusu je výběr mezi hypoteticky malou, ale okamžitou finanční odměnou versus větší, ale později dostupnou odměnou (např. 50 dolarů hned x 200 dolarů zítra, za týden...) Pozdější, větší odměna leží daleko v budoucím čase, skrze postupné stezky. Většina lidí volí větší odměnu, ale téměř u každého dojde v závislosti na čase a výši odměny ke zvratu, kdy se rozhodnou vybrat okamžitou nižší částku. U uživatelů drog tento zvrát přichází významně dříve, což vypovídá o jejich impulsivitě.

Je důležité zmínit, že impulsivní osobnost je typickým obrazem uživatele drog. Možná je tato nálepka nekorektní, protože uživatel sáhne po okamžitém uspokojení jen tehdy, nemůže-li už dál vystát svou dysforickou náladu. Každému, nejen uživateli drog, se může stát, že zvolí okamžité uspokojení k zmírnění již nesnesitelné psychické trýzně. Člověk, špatně snášející svou bolest hlavy sáhne po aspirinu dřív než ten, kdo stejně intenzivní bolest snáší lépe. Uživatelé drog mají tento práh snášenlivosti snížený. Samoléčba však přináší paradoxní efekt – skrze užívání drog se tolerance vůči dysforii postupně stále snižuje, neboť droga sama přispívá k tomu, že nepříjemné psychické stavy zesiluje a vytváří sama o sobě.

Paradoxní efekt samoléčby může být přiblížen příkladem autobiografického zážitku spisovatele Patrika Laneho. Popisuje své probuzení v torontském hotelu, v silné kocovině a suchem v ústech. Hned po probuzení zkouší do sebe dostat nějakou vodku, ale žaludek se brání příjmu alkoholu a vyzvrací jej. Lane píše: „*Nakonec jsem do sebe panáka dostal. Maká to. Cítím, jak se mi zklidňuje*

*mozek a cukání ve svalech slábně. Moje nevolnost postupně ustupuje. Kopnu do sebe nakonec nějakých sedm, osm panáků, abych si mohl v klidu lehnout a zapálit si cigáro. To mě staví na nohy. Konečně jsem schopen vyrazit do města, čeká mě tam strašlivý, anonymní den. Dopravní ruch vnímám jen jako slabý, lehce obtěžující bzukot. Chtělo by to koks. Obracím kapsy naruby, ale nikde už ani Ň. Spouští se mi krev z nosu, praskají žilky v koutku očí. Čeká mě rozhovor v rádiu a pak další interview pro noviny. Večer mám čtení v baru. V baru. To přežiju. Jdu na to...”*

Laneho historka je zneklidňující. Popisuje svou mizérii, je nucen požívat alkohol, ačkoli má velmi čerstvou zkušenost s tím, že jeho pomocná ruka nakonec ucukne a začne ubližovat. Popisuje však základní kámen samoléčby - alkohol má pro něj okamžitou adaptační hodnotu – jakmile má v sobě své přiměřené množství, je schopen plánovat a začít přebírat zodpovědnost nad povinnostmi nadcházejícího dne, Jak říkají často uživatelé drog – dostat se pod vliv znamená cítit se normálně. Tato zkušenost se v Laneho historce jeví naprosto jasně. Jeho okamžitou potřebou je pouze zbavit se kocoviny. Jakmile to díky alkoholu zvládne, přemýšlí, jak uspokojit vzdálenější potřeby a povinnosti, jež jej ten den čekají...

## **2. ADAPT**

Klinická pozorování a empirický výzkum potvrzují, že psychodynamická psychoterapie zlepšuje funkčnost obranných mechanismů člověka v široké škále psychopatologií, včetně léčby závislosti na alkoholu. Zlepšení obranyschopnosti představuje potenciální léčebný cíl u léčby uživatelů drog psychoterapií.

Psychoanalýza postupuje interpretaci jako modální terapeutickou techniku zodpovědnou za probíhající změnu v kontextu silného terapeutického vztahu. Toto nastavení v terapii je dlouhodobými zkušenostmi uznáváno jako potencionálně prospěšné v léčbě mnoha pacientů a jejich problémů pomocí psychoterapie. Při technicky flexibilním přístupu se potvrzuje, že stav některých pacientů se výrazně zlepšuje pomocí různých kombinací podpůrných a expresivních technik, jejichž nasazení se mění a vyvíjí dle klinických potřeb. Dále je známo, že žádná technika nebude účinná bez silného terapeutického vztahu mezi terapeutem a klientem. Takový vztah je primárním předpokladem pro úspěšnost léčby. Flexibilní, asimilační psychodynamický přístup v léčbě závislých uživatelů je dokladován zvyšujícím se počtem psychodynamicky orientovaných terapeutů.

Primárním terapeutickým cílem je pomoc v redukování klientových sebeklamů skrze pochopení, co posílí jeho obranyschopnost a zároveň sníží jeho zájem o brání. Psychoterapii vždy začínám cca 90-120 minutovou úvodní konzultací, na níž v horizontu 2-3 dnů navazuje hodinové setkání. Tento přístup je převzat a modifikován z intenzivní krátkodobé dynamické psychoterapie. Je běžně používán v krátké „brief“ psychodynamické terapii, ale já jej používám ve všech případech, ať jde klient se mnou do rychlé, nebo dlouhodobé terapie. Dává mi to čas se naučit více o pacientovi a jeho problémech, než by mi dala tříčtvrtěhodinová, či hodinová úvodní konzultace. Provedu důkladné posouzení klientových léčebných potřeb, abych zjistil, zda je možné vytvořit a rozvíjet silný vztah a umožnit sobě i klientovi cit pro to, jak aplikovat psychoterapii, pokud se rozhodneme do procesu vstoupit. Mohu si to dovolit ve své nezávislé praxi; obávám se, že z logistických a provozních důvodů není možné takto postupovat ve většině institucí.

Delší úvodní prostor mi dává možnost se zaměřit na to, jak pacient o sobě rozhoduje, jak reaguje na moje úsilí směrem k redukcí svých sebeklamů. Na úvodním setkání se klienta ptám, jaký prospěch mu

přináší užívání drogy. Proces sebereflexe může pomoci snížit míru klientových sebeklamů z toho, co mu drogy přinášejí. To, jak klient odpoví, je často velmi vypovídající o jeho obranných procesech. Když kladu pacientovi výše zmíněnou otázku, často reaguje podrážděně – „Zní to, jako byste souhlasil s tím, že beru!“ „Ne“, odpovídám, „jen předpokládám, že když berete, tak že z toho něco chcete mít pro sebe, jinak totiž nechápu, proč berete. „

Odpověď pacienta odhalí jeho obranné procesy. Mohl by totiž v tu chvíli vnímat své brání jen jako něco špatného. V ten moment by své užívání viděl jako pouze špatné a jakákoli představa, že z brání může něco mít by byla s tímto pohledem v konfliktu a způsobit, že se jeho hněv vystupňuje a zůstane v defenzivě ještě více. Klient později na sezení vyprávěl, jak mu brání pomáhá se cítit lépe v sociálních interakcích, nevnímat tak tíživě svou samotu. Zpočátku udržoval svůj pohled na drogu jako na špatnou věc, což jej drželo v sebeklamu ohledně důvodů užívání.

Můj přístup v léčbě uživatelů drog rovněž vnímá harm reduction filosofickou polohu. Hlavní idea HR spočívá v redukcí potenciálních škod plynoucích z užívání drog, a to jak vůči uživateli samotnému, tak jeho okolí. HR přístup uznává, že abstinence představuje pro závislé tu nejbezpečnější variantu, zároveň však připouští, že brání je dlouhodobý problém, abstinence nebývá snadno a rychle dosažitelná. Mnoho uživatelů usilujících o abstinenci totiž mnohokrát relabuje nebo recidivuje, než trvalé abstinence dosáhne. Proto mnoho těch, kteří léčí závislost, vnímají HR hledisko pozitivně z důvodu víry, že pacient zainteresovaný do léčby je někdo, koho zajímá jeho kvalita života na určitém, reálném stupni – stává se například někým, kdo je ochoten brát bezpečněji. Není reálné předpokládat, že psychoterapeut disponuje přímou kontrolou nad tím, zda jeho klient užívá drogy nebo ne. Psychoterapeut může mít vliv na klientovu chuť na drogy, pokud terapie funguje a klient se cítí lépe, ale nikdy jej nemůže donutit, aby přestal brát. Psychoterapeut se samozřejmě může rozhodnout, zda bude léčit pacienta, který v užívání drog pokračuje.

Psychodynamická harm reduction představa též vnímá, že klienti pokračují v potřebě brát, protože nemají k dispozici potřebný obranný mechanismus, podporující abstinenci. S tímto faktem na mysli, mohou být podpůrné terapeutické techniky pacientům ku pomoci zlepšovat účinněji vlastní obranyschopnost. Psychoterapeut může s klientem diskutovat nad tím, jak užívat bezpečněji – např. nebrat o samotě jako prevenci předávkování, vyhnout se řízení vozidla pod vlivem drog, kupovat si drogy z prověřených zdrojů, povzbuzovat klienty k využívání jiných podpůrných institucí, terapeutických či svépomocných skupin atd. – vše jsou aktivity zvyšující klientovy adaptační schopnosti obrany. Navíc může psychoterapeut poskytovat poradenství, k psychodynamickým technikám přidávat kognitivně behaviorální prvky – z hlediska Harm reduction nikdy neexistuje jen jedna cesta.

Harm reduction ladí s představami asimilační integrativní terapie a psychodynamických parametrů. Oba zmíněné přístupy vnímají, že léčba musí být „ušita na míru“ pacientovy schopnosti terapii přijímat. Blatt a Shakar našli spojitost mezi použitým přístupem a osobností klienta. Např. standardní psychodynamická psychoterapie s více sezeními svědčí více rigidním a introjektním typům osobnosti, méně standardní přístupy vč. krátké „brief“ terapie prosívají více pasivně reagujícím a anaklitickým osobnostem. ADAPT přístup je zaměřený na odhalení klientových sebeklamů, včetně role drog v těchto procesech.

Mimoto, klienti si začínají uvědomovat, že poznávání svých obranných procesů může dočasně vést k ukončení jejich používání. Používání obran (včetně nevědomých obran přítomných na

terapeutických sezeních) je tím, co klientovi dočasně pomůže. Tím, že si v terapii své obrany zvědomí a uvědomí si, že je používají proto, aby zvládli své dysforické stavy, však může přispět k trvalejšímu zlepšení. Terapeut navíc pomáhá pacientovi si uvědomit, že pokračuje v užívání i přes negativní důsledky, protože se obává, že bez drog by mu bylo ještě mnohem hůř. Tímto způsobem dochází k reflexi rozhodovacích procesů, kdy klient je postaven před možnost volby alespoň ze dvou alternativ.

Ve výzkumech ohledně schopnosti rozhodnout se pro odloženou odměnu se po účastnících vyžaduje rozhodování ohledně volby dvou možných typů odměny. Většina uživatelů drog sahá po možnosti okamžitě dostupné, ale nižší odměny, protože čekání na zvýšenou odměnu je pro ně psychicky nepříjemné. Výběr dřívější a nižší odměny je motivován pocity libosti, které jsou odrazem akce obranných procesů. Některé aditivní léčebné postupy pomáhají redukovat míru pacientem pociťované dysforie a (nebo) pomáhají zesílit prožívání radost v odlišných životních situacích. Některé farmakoterapeutické zásahy pomáhají eliminovat dysforie do té míry, že si pacienti upraví práh tolerance snášenlivost dysforie do normality. V jedné studii byli opiátově závislí pacienti testováni v úkolu rozhodování o odložené odměně a ti, kteří byli správně substituováni metadonem, dosahovali výsledků jako neuzivatelská populace, zatímco uživatelé drog bez substitučního léku reagovali pro uživatele drog běžným způsobem – volbou okamžité a nízké odměny. Tedy změna ve volbě pro odloženou odměnu je u opiátových pacientů důsledkem správně nastaveného substitučního dávkování.

### **3) Účinnost psychodynamické léčby pro osoby s diagnózou závislosti**

Je efektivita psychodynamické integrativní léčby podpořena výzkumy? Psychodynamická léčba uživatelů drog je vnímána jako kontroverzní. Kontroverze spočívá pravděpodobně v obtížnosti léčit drogově závislého klienta jediným směrem, určeným terapeutickými technikami psychodynamické školy. Vzrůstá tedy nejvyšší potřeba takové klienty léčit přístupy asimilační integrativní psychoterapie – tedy léčit klienty flexibilně. Pro terapeuty je klíčové, aby ovládali široké spektrum podpůrných a expresivních terapeutických technik psychodynamického rázu v kombinaci s KBT, poradenstvím, svépomocí, farmakoterapií – a to vše integrovat do psychodynamických terapeutických technik.

Účinnost psychodynamické psychoterapie pro paletu všerůzných psychických poruch od lehkých až po ty vážné byla potvrzena, ačkoli pro cílovou skupinu UD byla psychodynamika testována daleko méně intenzivně, než pro jiné psychické poruchy. Nicméně, jistý počet případů byl testován v randomizovaných klinických studiích, které v léčbě uživatelů drog ukázaly značný příslib. Byly testovány tři primární přístupy: léčba kombinovaných závislostních a psychických poruch (COPAD), dynamická dekonstruktivní psychoterapie (DDP) a podpůrně expresivní psychoterapie (SET).

COPAD představuje psychodynamickou skupinovou psychoterapii pro lidi s duální diagnózou závislosti a schizofrenie. Pacienti se účastnili podpůrné psychodynamické skupinové terapie, zahrnující jak psychiatrické intervence, tak další přístupy včetně psychoedukačních skupin pro duševně nemocné a uživatele drog, farmakoterapii, drogové poradenství a účast ve svépomocných skupinách. Hlavní cíl programu COPAD spočívá v kombinaci léčby závislosti s psychiatrickou léčbou v jednom integrovaném programu, tzn. pacienti využívají všechny služby v jednom zařízení; tyto služby představují potenciál pro synergický efekt ve prospěch klientů. Výsledek výzkumu potvrdil, že program COPAD přispěl k významnému snížení užívání drog i psychotických příznaků.

Oproti tomu DDP program používá téměř výlučně individuální psychoterapii pro pacienty s komorbiditou závislosti a poruch osobnosti. Svépomocná a psychodynamická skupina je dostupná, podobně jako farmakoterapie, pouze jako doplňkový prvek, ale jen málo klientů se zapojilo do jakékoli skupinové aktivity. Výzkum potvrdil, že DDP program výrazně redukoval užívání drog i symptomy poruch osobnosti. Medikace psychofarmaky se snížila cca o polovinu ve srovnání s běžně léčenými pacienty.

Na rozdíl od DDP, program SET pro uživatele drog záměrně kombinuje individuální psychodynamickou psychoterapii s farmakoterapií a udržovací metadonovou substitucí pro uživatele opiátů, jakož i se skupinovou psychoterapií a individuálním drogovým poradenstvím. Výzkum byl prováděn na uživatelích závislých na opiátech a kokainu. Obě skupiny významně těžily z integrované léčby, potvrdilo se snížení míry užívání drog a psychopatologických příznaků.

Ačkoli dosud neexistuje žádný výzkum přímo zaměřený na účinnost přístupu ADAPT v nezávislé praxi, existují klinické a empirické výstupy. Kromě toho, existující výzkum psychodynamické léčby uživatelů drog podporuje užívání přístupu ADAPT. Klinická praxe i výzkumy dokazují podpůrnou použitelnost ADAPT přístupu v léčbě drogově závislých. Je však třeba mít na mysli, že tyto studie musí být potvrzeny v nezávislé praxi v klinických podmínkách.

#### **4) Klinická ilustrace – ADAPT v praxi**

Jak jsem již zmiňoval výše, v psychoterapii pro uživatele drog vycházím ze zásadních principů psychodynamiky, jak je postuloval dr. Shapiro. Seznamuji pacienta s jeho vzdálenými, neuvědomovanými částmi sebe sama s cílem zredukovat jeho sebeklamy a zlepšit používání adaptačních obranných mechanismů. Vše, co pacient říká a co dělá, se pro terapeuta stává živnou půdou. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat vztahu mezi tím, co říká a tím, jak jedná, neboť řeč a chování klienta bývá často ve velkém nesouladu, inkongruenci. Pacient například říká, jak se cítí vinen za to, že ubližuje svým blízkým, a přitom se usmívá. Vzbuzuje tak podezření, že si myslí, že ví, co by od něj chtěl terapeut slyšet, řeč těla však prozrazuje, jak se doopravdy cítí.

Ačkoli vnímám individuální psychoterapii jako jádro své práce, snažím se klienty zapojit i do jiných forem terapie, např. do svépomocných skupin typu „Áčka“, do kognitivně behaviorálně laděných skupin, farmakoterapie. Věcí diskuse zůstává role individuální psychoterapie v pobytové terapeutické komunitě.

Níže podaná ministudie je výtahem mé práce s pacienty. Jedná se o jakousi syntézu složenou z více rozhovorů, nejde o konkrétní osobu nebo sezení. Jak ukážu, ADAPT může být použit i k tomu, aby se klienti naučili těžit jak z psychoterapie samotné, tak z dalších služeb, do kterých jsou navázáni.

Klientka, sofistikovaná podnikatelka je v léčbě několik měsíců, přišla se léčit z nadměrného užívání alkoholu a z toho vyplývajících obtíží, jež jí komplikují kariéru i osobní život.

*K: zní neochotně, jako by zatajovala spáchaný zločin: Zase jsem včera v noci pila.*

T: Zníte, jako byste spáchala nějaký zločin.

K: Taky ano. Porušila jsem slib, co jsem dala sama sobě. Slíbila jsem si, že nevypiju více, než dvě sklenky. Opravdu jsem chtěla vypít jen dvě. Cítím se na hovno. Všechny jsem tím potopila.

T: Kdo znamená ono slovo „všechny“?

K: Rodinu. Členy podpůrné skupiny. Nedovedu si představit, že se jim podívám do očí. Fungovala jsem, ale teď se stydím se před ně postavit. Nejraději bych se zavrtala do flašky a zůstala tam.

T: Rozumím, že se před sebou stydíte. Ale přijde mi, že ten stud vám nyní brání využít sílu podpůrné skupiny, která vám může pomoci zmírnit a kontrolovat vaše pití. Neumím si představit, že jste jediná, kdo měl ve skupině relaps.

K: To je fakt. Štěpán relapsoval a Donna taky. Nic to však nemění na tom, že se stydím.

T: Jak můžete sama vidět, nejste jediná, kdo se trápí s tím, aby zvládl své pití. Ale vaše perfekcionista tendence vás vedou k nereálným očekáváním od sebe samé, což vás vede k tomu se schovat do láhve alkoholu. Uklouzla jste a chcete v tom zůstat. To je chyba.

Klientka se později v týdnu vrátila do podpůrné skupiny, ačkoliv se za sebe styděla. Individuální sezení jí ukázalo, jak se samoléčbou touží bránit svému studu a vině skrze touhu „zavrtat se do flašky“. Terapie jí pomohla si začít uvědomovat, jak zachází se svými tužbami, aby si odepřela přínos z podpůrné skupiny v oblasti prevence relapsu v plné šíři. Přes uvědomění si efektů, které plynou z jejího studu a touhy pít, aby situaci zvládla, byla schopna to zvážit a v týdnu se vrátit do skupiny.

## 5. Kam dál?

Užívání drog představuje velký problém v oblasti veřejného zdraví, který s sebou nese velké výdaje. Hypotéza samoléčby přináší pochopení psychodynamiky závislosti v rodině poznatků, že lidé užívají drogy proto, že jejich adaptační schopnosti obranných mechanismů jsou nedostatečné. To je zneschopňuje v oblasti zvládnání dysforických stavů – jde o závěr, potvrzený klinickým pozorováním a empirickými výzkumy. Závislí berou, aby posílili funkčnost svých obran. Posílená obrana jim přináší dočasnou možnost se cítit lépe, anebo se necítit hůř. Terapie by měla být zacílena na zlepšení účinnosti pacientových obranných funkcí. Výsledkem účinné léčby je právě zlepšení v oblasti obranných procesů. Ukazuje se, že k tomuto zlepšení dochází skrze širokou škálu podpůrných a expresivních psychoterapeutických a psychosociálních technik.

Klíčový úkol pro terapeuty představuje akceptovat realitu – obranné procesy slouží k ochraně před zažíváním nesnesitelné dysforie. Klinická pozorování potvrzují, že obrany se mění tempem, které obnoví schopnost se cítit bezpečně ve snahách zmírnit své psychické utrpení.

Pacient si uvědomuje své obrany a motivace pro jejich používání. Zastavuje maladaptivní způsoby používání svých obran, protože vzrůstá míra jeho sebeuvědomování, přirozeně redukcí sebeklamy, které maladaptivní obrany způsobují. Redukce sebeklamů navíc přirozeně zvyšuje pacientův smysl pro osobní autonomii. Závěry výzkumů účinnosti psychodynamické psychoterapie odpovídají vhodnosti používání přístupu ADAPT vůči uživatelům drog.

Povědomost v oblasti psychopatologie závislosti a její léčby svědčí rovněž pro užívání harm reduction perspektivy v individuálním přístupu ke klientovi. Pokud se klientovy obrany mění ve své podstatě a užívání drog je zdůvodněno obrannými faktory, pak i u léčených pacientů je potřeba počítat s relapsy nebo obnoveným užíváním drog, stejně jako u všech drogově závislých. Proto musí být přístup

k léčbě uživatelů flexibilní, zohledňující i pohled z hlediska harm reduction, pak může být psychodynamicky orientovaný přístup – tak, jak jej předkládá ADAPT – smysluplný a účinný. Pokračování v užívání, relapsování je výsledkem nevyrovnaného vývoje v obranných procesech pacientů. Tento vývoj může mít tempo, při němž je nutné zohlednit i zaměření na redukci škod, které braní přináší.

Journal of Psychotherapy Integration, 2013, Vol. 23, No.1, s. 39-48.